Rok XXIX. Kraków, 11 Stycznia 1890. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Z kliniki prywatnéj chorób kobiecych A. Martina w Berlinie.

Śródbłoniak jajnika.

Skreślił
Dr. J. Pomorski
asystent kliniki A. Martina.

W patologii nowotworów znany jest odrębny rodzaj narośli złośliwych, którego jednakowoż ani do raków ani do mięsaków zaliczać nie można. Podobne nowotwory spostrzegano już dosyć dawno i dla odróżnienia ich od zwyczajnych raków i mięsaków nazywano je perlakami, oblakami, rdzeniakami, rakami śluzowemi i t. p. Kolaczek[1]) ma tę wielką zasługę, iż pierwszy w literaturze zwrócił uwagę na jednolitość tych nowotworów. Zważając przedewszystkiem na układ anatomiczny i rozwój nowotworów, nie zaś na formę zewnętrzną, zebrał około 60 przypadków, które figurowały w literaturze pod mianem nadzwyczajnem i po gruntownem a ścisłem zbadaniu doszedł do przekonania, że nowotwory te rozwinęły się ze ścian naczyń krwionośnych, a względnie ze śródbłonka albo przybłonka. Ponieważ zaś śródbłonek a przybłonek, jako twory tkanki łącznéj, równą grają rolę względem rozwoju nowotworów, postanowił Golgi[2]) nowotwory powstałe z śródbłonka albo przybłonka nazwać „śródbłoniakami“ (*Endothelioma*). Kolaczkowi zdawało się jednakowoż, jakoby nazwa „mięsaki naczyniowe“ *Angiosarcoma*, była dobitniejszą i jędrniejszą już to z powodu tego, że nazwa „mięsak“ wykazuje złośliwość nowotworu, a potem ponieważ dodatek „naczyniowy“ cechuje najgruntowniéj rozwój nowotworu. Podług zestawienia Kolaczka zdarzają się nowotwory podobne na głowie, na czole, na policzku i na szczękach. Ze 60 przypadków kilka znaleziono w innych częściach ciała, a żadnego w jajniku. Leopold[1]) dopiero pierwszy opisał śródbłoniaka jajnika, ale nazwał go jeszcze naczyniakiem limfatycznym, torbielowym (*Lymphangioma kystomatosum*). Skreśliwszy odrębnie mięsaki jajnika zatrzymuje się Leopold w pracy swéj o stałych nowotworach jajnika nad pewnym nowotworem, „który zajmuje miejsce przejściowe pomiędzy grupą mięsaków a raków. Odznacza on się bowiem układem tkanki łącznéj, jakiego dotąd nie spostrzegano nigdy w jajniku, a raz poraz tylko w innych narządach“.

Przy sekcyi u małego ośmioletniego dziewczęcia znalazł Leopold nowotwór wielkości głowy ludzkiéj, 10 funtów ważący. Powierzchnia gładka, okrągła ale miejscami guzowata. Na przecięciu przedstawia się budowa siatkowata, w któréj oczkach spostrzegać można tysiące mniejszych i większych torbieli, a wszystkie prawie napełnione są mętnym, surowiczym płynem. Drobnowid dopiero wykazuje, iż w delikatnem, luźnem podścielisku tkanki łącznej mieści się niezrównana ilość okrągłych, wydłużonych, wijących się i wielokanciastych kanałów, zaopatrzonych w cienką otoczkę z wrzecionowatych komórek i w jedną warstwę cylindrycznego nabłonka. Początki tych kanałów przedstawiają nam się jako gniazdka okrągławych komórek bez środkowego światła. Większe kanały posiadają rzeczywiste światło, zapchane tu i owdzie komórkami albo też odpadkami komórek (*detritus*). Komórki pojedyńcze mają wielkie, szerokie, napęczniałe ciało i małe, lecz jak najbardziéj wyraziste jądro. ułożone one są miejscami w okrągłe kule i uwarstwione współśrodkowo w kształcie liści cebuli. Podścielisko z tkanki łącznéj tworzą długie przeplatające się nawzajem włókna. Pomiędzy niemi zachodzą szczeliny wysłane jednowarstwowym, delikatnym śródbłonkiem. Śródbłonek buja jak najobficiej, puszcza pączki i wytwarza nowe pokłady komórek, które zapełniają a względnie rozszerzają szpary limfatyczne.

Takie samo bujanie śródbłonka spostrzegał Michel[2]) przy zmianach patologicznych pochew nerwu wzrokowego

[1]) *Zeitschrift für Chir.* tom 9 i 13. *Über Angiosarcoma.* — [2]) *Sulla struttura e sullo sviluppo degli psammomi,* Pavia 1869. (*Ref. Virch. Arch.* tom 51 pag. 311).

[1]) *Die soliden Eierstockgeschwülste. Arch. für Gyn.* tom 6.
[2]) *Beitrag zur Kenntniss der sogenannten Staunngspapille*

również w małych jak we wielkich jamach limfatycznych. Leopold jest zdania, że z powodu skręcenia się szypułki nastąpiło zatamowanie limfy, a stąd podrażnienie śródbłonka do niezmiernego bujania. Mięsaki naczyniowe Kolaczka mają podługowate, cylindryczne kanały, które, wijąc się na wszelakie strony, łączą się często ze sobą. Kanały te zapchane są komórkami. Często rozpoznać można w ich środku światło, napełnione ciałkami krwi albo też ich odpadkami (*detritus*). Pomiędzy kanałami znajduje się siatkowate podścielisko z tkanki łącznej. Gdzie światła żadnego niema, tam najrozmaitsze komórki wypełniają kanały, na obwodzie kształtu cylindrycznego, w środku zaś więcéj okrągławe, wielokanciaste i podobne do płaskiego nabłonka. W miejscach, gdzie kanały się krzyżują, wytwarzają się kule współśrodkowo uwarstwionych komórek, a ostatnie doznają tu często przemiany szklistéj. Podobnéj przemianie ulegają też i ściany kanałów, a wtenczas zdaje się, jakoby komórki leżały w osobnéj torebce właściwéj gruczołom (*tunica propria*). W śródbłoniaku Leopolda zachodzi ten sam kanalikowy układ, tylko zawartość kanałów składa się nie z ciałek krwi, lecz z ciał limfatycznych. I tu znajdują się te same perełki podobne do rakowcowych i tu mamy szkliste zwyrodnienie komórek, występujące w kształcie pęcherzyków (*vacuola*), oba rodzaje guzów są do siebie bardzo podobne pod względem anatomicznym, podobieństwo mają do raków z powodu tego, iż kolumny nabłonkowatych pierwiastków przerastają łączno-tkankowe podścielisko i zlepiają się w perły rakowcowe. Z mięsakami zaś mają to wspólne, iż oba twory mają łącznotkankowy początek. Do siebie zaś są o tyle podobne, iż rozwijają się ze śródbłonka. Dla tego też sprawdzać się musi zdanie Leopolda, iż nowy rodzaj guzów przedstawia nam przejście z nabłonkowych w łącznotkankowe.

Po ogłoszeniu pracy Leopolda pojawiły się już częściéj publikacye śródbłoniaków w jajnikach. Otóż Marchand [1]) podaje dwa przypadki. W jednym z nich dowodzi, iż nowotwór napewno powstał ze śródbłonka szpar i kanałów limfatycznych; w drugim zaś przypuszcza wszelkie prawdopodobieństwo śródbłonkowego powstania.

I. W pierwszym przypadku chodziło o guz brodawkowaty, torbielowy obu jajników u kobiety 48 letniéj. Na przekroju widać układ siatkowaty z podścieliskiem łącznotkankowem i cylindrycznemi przestworami, zajętemi przez tkankę czerwonosiną, miękkości mózgu, poczęści zapełnionemi brodawkowatemi, kalafiorowatemi wyrostkami. Rozstrzępiwszy cząstki pojedyncze brodawek, wyjętych z jam guza, znalazł Marchand komórki wielkie, płaskie, różnokształtne, nabłonkowate, zlepione ze sobą w małe grupy. Ciałka ich tak były ze sobą zlane, iż granic pojedynczych komórek oznaczyć nie było można, a tylko jądra w jednolitéj ziarninowéj substancyi wyraziście występowały. Komórki przypominały nam komórki rakom właściwe. Pomiędzy grupkami leżały długie wrzecionka, wiązki włókienek i samotne jądra. Tak rozrzucone rozmaite pierwiastki nie pozwalały mu dokładnie rozpoznać, z powodu tego badał Marchand jeszcze inne cząstki twarde i stałe, odznaczające się jeszcze świeżością sprawy. Tu przebiegały wydłużone wiązki dosyć zbitéj tkanki łącznéj, a pomiędzy włókienkami wiły się szczeliny limfatyczne, wysłane śródbłonkiem. Zdawało się jednakowoż, jakoby te szczeliny, zlewające się ze sobą tu i owdzie w większe jamki, rozpychały albo rozdzierały wiązki włókienek. Bo w tych jamkach rozmnażały się śródbłonki bardzo żywo. Najpierw tworzyły się nowe komórki, te układały się w strączkowate wyrostki i przeciwległe brodawki, dotykając się czubkami, zlewały się ze sobą, aby tworzyć niejako pomost pomiędzy dwiema przeciwległemi ścianami. W innych szczelinach wyciągały się zrosłe czubki w miarę rozrastających i rozpinających się oczek limfatycznych w długie, cienkie promieniste i tworzyły rozetki lub najpiękniejsze gwiazdki. Na przekroju podłużnym zdawało się, jakoby komórki nad brzegiem szpar limfatycznych, świeżo dopiero wybujałe, wyglądały więcéj wrzecionowato, względnie cylindrycznie, kiedy tymczasem środkowe podobne były do nabłonka lub blaszek płaskich. Tu i owdzie zachodziło także zwyrodnienie szkliste komórek i zwyrodnienie śluzowe łącznotkankowego podścieliska.

II. W drugim przypadku opisuje Marchand jajnik, wielkości średniego jabłka, zaległego w przepuklinie pachwinowéj. Nowotwór składa się z kilku guzów, złączonych ze sobą za pomocą mocnéj i zbitéj tkanki łącznéj, która wychodzi z otoczki białéj i wnika pomiędzy pojedyncze guzy. W niéj znajduje się pomiędzy guzami żółtawobiała miękka masa. Pojedyncze guzy dzielą się znowu na mniejsze okrągłe pola, odgraniczone smugami tkanki łącznéj. W tych ostatnich, jako też w miękkiéj istocie nowotworowéj widzieć można poprzecinane naczynia. Pod drobnowidem zaś rozpoznaje się gruczołowate kanały, zapełnione komórkami i odgraniczone od reszty tkanki cienką, delikatną, szklistą torebką. Pojedyncze komórki składają się z ziarnistéj protoplazmy i podługowatych pęcherzykowatych jąder, leżą nad brzegiem równolegle, a w środku pionowo do ścian torebki. W niektórych miejscach posiadają twory torebkowate wprawdzie wolne światło, jednakowoż nie można w niem odkryć żadnego ciałka krwi. Z tego też powodu przypuszczenie, jakoby guz z naczyń się rozwinął, mało było prawdopodobne, podczas gdy więcéj okoliczności za rozwojem jego ze śródbłonka szpar limfatycznych przemawiało.

Olshausen, Ackermann [1]) wydostali przy sekcyi u 17 letniego dziewczęcia nowotwór jajnika, wielkości głowy ludzkiéj, złożony ze siatki naczyń włosowatych, których zawartością nie były ciałka krwi, lecz okrągłe komórki. W oczkach zaś znajdowała się białkowata masa, albo też drobne komórki.

Flaischlen [2]) opisuje jajnik, który się składał ze skórzaka i z grupy torbieli, ze czterech małych i jednego wielkiego torbiela. Pomiędzy skórzakiem a torbielami wcięty był rowek z twardéj zbitéj tkanki łącznéj. Tkanka ta wiła się pomiędzy małemi torbielami i przechodziła w otoczkę wielkiego torbiela. W rowku i domiędzy torbielami, a przedewszystkiem zaś w ścianie wielkiego torbiela były smugi, na wewnętrznéj zaś powierzchni guzikowate wyniosłości móżdżkowéj sino-czerwonéj masy, które zdradzały oczywiście zwyrodnienie mięsakowe. Istota miękka składała się pod drobnowidem z gruczołowatych kolumn z komórek nabłonkowatych, prawdopodobnych jednakże wytworów tkanki łącznéj.

Ponieważ ciałka tkanki łącznéj uważamy dziś za początkowe jamki dróg limfatycznych, wysłane śródbłonkiem, dla tego też przypuścić możemy za jedno i to samo, czy nowotwór rozwija się z ciałek tkanki łącznéj, czy ze śródbłonka dróg limfatycznych. (C. d. n.)

II. O doszczętnem leczeniu wola w ogólności a o wyłuszczeniu go sposobem Socina w szczególności.

Na podstawie własnych doświadczeń przedstawił

Prof. Dr. Alfred Obaliński.

(Rzecz wyłożona na pierwszym zjeździe Chirurgów polskich).

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Co do strony technicznéj, to operacyje te odznaczały się tem, że krwotok dawał się szybko i względnie łatwo zatamować, a jedyną trudność stanowiło zazwyczaj uwolnienie podstawy czyli wnęki guza, gdzie ostrożne oddzielanie zawsze było wskazanem dla oszczędzenia nerwu zwrotnego.

ad d) Resekcyję wola wykonałem 5 razy, 4 razy z dobrym skutkiem, gdyż tylko jeden powyżej już wspomniany umarł, a jeden uległ napadom tężyczki (*tetania*) pomięszanéj

und der pathologischen Veränderungen in dem Raume zwischen äusserer und innerer Opticusscheide. Arch. für Heilk. XIV. 1. — [1]) *Beiträge zur Kenntniss der Ovarientumoren. Abhandlungen der Naturforscher-Gesellschaft.* Tom XIV zeszyt 3. *Halle* 1879.

[1]) *Krankheiten der Ovarien* pag. 78. — [2]) *Combinationscyste des Ovarium. Z. f. G. und Gyn.* Tom 7.

z przypadami padaczkowatemi oraz ze zmianami w głosie i oddechu, któreto napady trwały w pełnéj grozie przez dni kilka, potem się nieco zmniejszyły, a ku memu największemu zadowoleniu otrzymałem wiadomość o tymże chorym w pięć miesięcy po jego wyjściu ze szpitala, że nietylko napady owe w zupełności ustąpiły, lecz że on stał się najzupełniéj zdolnym do pracy, czyli że osiągnąłem właśnie cel, który sobie tym razem założyłem. Dla ważności sprawy muszę dodać, że jestto ten sam przypadek, o którym wspomina Mikulicz w pracy swéj umieszczonéj w „Przegl. Lek.“ Nr. 48 z r. 1885 a Trzebicky z jego kliniki w Arch. Lang. XXXVII. 3. Gdy zaś w téj ostatniéj pracy spotykam się z zarzutem, jakobym ja wykonywając resekcyję wola jeszcze przed ogłoszeniem metody Mikulicza, wykonał ją nieodpowiednio a przezto obraził nerwy krtani, co stało się przyczyną owych niemiłych przypadków pooperacyjnych, czuję się obecnie zniewolonym zarzut ten w zupełności odeprzeć. Prawdą jest jedynie tylko to, że ja resekowałem wola przed ogłoszeniem metody Mikulicza: czynił to także Kocher, nie ochrzciwszy postępowania swego osobnem mianem. Plotką jest jednak niczem nie udowodnioną, że ja nieodpowiednio resekując wola zraniłem nerwy krtani, czemu właśnie za pomocą metody Mikulicza ma się zapobiegać. Cała różnica między tegoż postępowaniem a mojem polega jedynie na tem, że on zakłada szczypce tamujące od wspólnego otworu przez środek wola nożyczkami przebitego, gdy ja je zakładam od zewnątrz tak, że one swemi końcami w środku się stykają; w obu zaś razach zaciskają przewiązki nałożone tuż po za szczypcami sam gruczoł w oddaleniu przynajmniéj 1—2 centymetrów od wspomnianych nerwów tak, iż one ani w pierwszym ani w drugim razie obrażenia doznać nie mogą. Żem zaś rzeczywiście w niniejszym przypadku ich nie obraził, niech posłuży za dowód powyżéj wspomniany szczegół, iż chory ten w zupełności i stosunkowo w niedługim czasie do zdrowia powrócił, coby się stać nie mogło, gdyby nerw krtaniowy dolny lub nerw zwrotny doznał był obrażenia. Najpodobniejszą do prawdy jest rzeczą, że obrażenia tego doznają drobniejsze rozgałęzienia tych nerwów w pobliżu wnęki gruczołu tarczowego się rozpościerające, któreto obrażenia według wyjaśnień Jankowskiego z kliniki hejdelberskiéj prof. Jurasza wystarczają, aby wywołać bądź to foniczne bądź re spiracyjne zboczenia, które po pewnym czasie przemijają. Mój przypadek dowodzi, że m że przyjść w następstwie ich aż do tężyczki i padaczkowatych napadów, które także po pewnym czasie przeminą. Faktem niezaprzeczonym jest jednak to, że mniejszem jest owo niebezpieczeństwo przy wykonaniu resekcyi wola niż przy strumektomii, jako też, że łatwiejszą jest pierwsza z nich, przeto i ja zgodnie ze zdaniem Mikulicza na podstawie swoich doświadczeń za częstszem wykonaniem resekcyi wola przemawiam.

ad e) Dwadzieścia i trzy razy wyłuszczyłem wól; wszyscy operowani pozostali przy życiu i opuścili zakład jako wyleczeni. Postępowanie moje nie różni się od tego, które podali Socin i Kocher, dlatego nie będę się tu szczegółowo nad niem zastanawiał, dodam tylko, że w ostatnich czasach przyjąłem dobry pomysł Bosego, który radzi, żeby dla uniknięcia krwotoku podczas operacyi zakładać dren na wnękę gruczołu w podobny sposób, jak to czyni Esmarch swym wężem elastycznym na kończynach.

Przy téj metodzie trzeba nabyć tylko wprawy w odróżnianiu warstwy gruczołowéj zdrowéj od zwyrodniałéj, jeżeli bowiem natrafimy na właściwą między niemi granicę, natenczas odbywa się wyłuszczenie guza lub guzów zwyrodniałych nadzwyczaj łatwo, a nadto mamy jeszcze tę korzyść, że pozbywamy chorego tylko tych zwyrodniałych części, podczas gdy zdrowe pokłady gruczołu tarczowego pozostają zachowane. Wobec nie rozstrzygniętéj jeszcze kwestyi, czy usunięcie gruczołu tarczowego staje się przyczyną owych przykrych zboczeń nazwanych *cachexia thyreopriva*, zasługuje metoda w mowie będąca na szczególniejsze uwzględnienie.

Po ogłoszeniu świetnych rezultatów zdobytych tą metodą przez obydwóch wymienionych operatorów szwajcarskich dały się słyszeć głosy, że metoda ta nie daje się w przeważnéj liczbie przypadków zastosować z powodu niewyraźnéj granicy między warstwą prawidlową a zwyrodniałą. Zdanie to podzielają także Mikulicz i Trzebicky a ten ostatni zdaje się nawet przechylać do przypuszczenia Hahna, że w Szwajcaryi przeważa forma wólów guzowata, w któréj warstwy wybitne nadają się do tego rodzaju operacyi, podczas gdy w innych okolicach Europy przeważa forma rozlana odznaczająca się brakiem owéj wybitnéj granicy między warstwą prawidlową a zwyrodniałą. Otóż na podstawie mojéj statystyki mogę stanowczo zaprzeczyć tym twierdzeniom, przynajmniéj co do naszego kraju Od czasu jak zacząłem używać téj metody wyłącznie, t. j. od roku 1887, usiłowałem ją wykonać w 25 przypadkach, a zdołałem w 20, co tyle znaczy, że 80% przypadków wola są tego rodzaju, że da się w nich zastosować metoda wyłuszczenia.

Nie mogę przemilczeć jednak o jednéj okoliczności nie bez znaczenia, t. j., że w przeważnéj liczbie przypadków w ten sposób operowanych napotykamy dosyć poważne krwawienie już to podczas saméj operacyi, już też w pierwszéj dobie po niéj. Pierwszemu możemy skutecznie zapobiedz wspomnianem już powyżéj obciśnięciem wnęki za pomocą drenu, drugie zaś wymaga tamponady rany gazą jodoformową, którą po kilku dniach odejmujemy. Nigdy jednak niema krwotoku tak znacznego, żeby aż zagrażał życiu, gdyż jest on przeważnie miąższowym, a przyczyna jego tkwi najprawdopodobniéj w degeneracyi ścian naczyń krwionośnych, które w skutku tego stają się bardzo kruchemi.

W ostatnich czasach połączyłem wyłuszczanie z resekcyją t. z. że po ukończonem wyłuszczeniu nakładam w miejsce elastycznéj opaski Bosego kilka przewiązek jedwabnych i odcinam część warstwy gruczołowéj po nad niemi pozostałéj; tym sposobem chronię się od krwawienia następowego a pozostawiam jeszcze tyle warstwy gruczołowéj tworzącéj wnękę, że obawy niema, aby pojawiła się owa *cachexia thyreopriva*. Bardzo się ucieszyłem, gdy w 28-ym Nrze *Deut. med. Wochenschrift* przeczytałem referat z najnowszéj pracy Kochera, który tam taki sam sposób postępowania opisuje i jako normalny poleca.

ad f) Podwiązania tętnic tarczowych dokonałem w 4 przypadkach, a mianowicie w jednym wszystkich czterech, w dwóch tylko po jednéj stronie, a w jednym trzech t. j. obu górnych i jednéj dolnéj. W tym ostatnim przypadku miałem wprawdzie zamiar podwiązać i czwartą, lecz zaniechałem tego z powodu, że gdy właśnie do téj czynności się zabierałem, powstał w miejscu dopiero co podwiązanéj tętnicy tarczowéj górnéj tak silny krwotok, iż celem zatamowania go musiałem podwiązać tętnicę szyjną wspólną. Krwotok ten powstał albo skutkiem zsunięcia się przewiązki albo pęknięcia kruchego naczynia tuż obok przewiązki, czego jednak na pewno ocenić nie mogłem, gdyż nie udało mi się odszukać

końców tętnicy po przewiązaniu przeciętéj. W każdym razie powinno to być przestrogą, że w tych przypadkach powinno się raczéj tylko jednę zakładać przewiązkę i tętnicy nie przecinać. Jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że po podwiązaniu wszystkich czterech tętnic tarczowych wó! się nie tylko zmniejsza, ale czasem nawet zupełnie zanika, to ja jednakże na podstawie mego, acz skąpego, doświadczenia nie mogę tak bezwzględnie polecać tego postępowania, a to z następujących powodów:

1) Że zmuszeni jesteśmy zadać ran 2, a nawet 4, co znacznie przyczynia się do oszpecenia.

2) Że na skutki téj terapii czekać trzeba kilka miesięcy a nawet i dłużéj.

3) Że metoda ta należy do trudniejszych, gdyż pomimo najlepszéj wprawy częstokroć nie tak prędko udaje się odszukać jednę lub drugą tętnicę tarczową, a to z powodu zmienionych stosunków anatomicznych.

4) Że w razie zupełnego zaniku gruczołu tarczowego nie usuniętą jest obawa przed możliwością powstania kacheksyi.

Na podstawie powyższych doświadczeń pozwalam sobie wypowiedzieć zdanie, że wyłuszczenie zwyrodniałych guzów z pomiędzy warstwy gruczołu tarczowego prawidłowego uważać należy za postępowanie normalne, od którego odstąpić należy tylko w tych wyjątkowych przypadkach, gdzie natrafimy na jednostajny rozrost istoty gruczołowéj; w tych wskazaną jest resekcyja wóla. Wycięcie wóla zupełne i podwiązanie naczyń tarczowych użytem być powinno tylko w pewnych szczególniejszych przypadkach n. p. wóla złośliwego lub bardzo unaczynionego.

III. Z pracowni prosektoryjum szpit. powszechnego we Lwowie.

Przyczynki do kazuistyki „Porencephalii."

Podał
Prof. Dr. Longin Feigel,
Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Z udzielonéj mi życzliwie historyi choroby wynika, że chora przebywała w szpitalu od dn. 10 do 15 października; nie zauważano jednakże w całym tym czasie żadnego chorobowego przypadu ze strony władz umysłowych lub czynności ruchowych.

Trzeci okaz, którego rycinę załączam, wykazujący podobny do poprzedniego, lecz nieco rozleglejszy brak istoty mózgowéj, dochodzący również do otwartéj komórki mózgowéj, pochodzi ze zwłok 24-letniego Leiby C, zmarłego na oddziale I. chor. wewnętrznych Wgo JP. Dra Widmana z rozpoznaniem „Agonia."

Obdukcyja zwłok, wykonana dnia 31-go stycznia 1885 r. wykazała: „*Porencephalia totius partis mediae convexitatis hemispherae majoris sinistrae, usque ad ventriculum lateralem sinistrum cerebri tendens. Assymetria cavi cranii* (*fossa cerebralis media sinistra in diam. sagittali 1 ctm. longior et longe profundior, quam dextra*). *Atrophia congenita insignis totius cordis*; *aorta angusta. Catarhus chronicus et dilatatio ventriculi. Atrophia simplex levioris gradus hepatis. lienis, renum. Tuberculosis chronica circumscripta apicis pulmonis utriusque*; *hyperaemia et oedema acutum pulmonum*; *hypostasis pulmonis dextri. Marasmus universalis.*"

Czaszka dość wielka. Włosy na głowie rzadkie, w znacznéj części wypadnięte. Odżywienie nędzne; tkanka podskórna sucha, pozbawiona tłuszczu. Źrenice jednostajnie zwężone. Lewa połowa twarzy widocznie drobniejsza, niż prawa, fałdy twarzowe jednakże dobrze zarysowane. Szyja cienka, długa; klatka piersiowa wąska, długa. Odnogi górne i dolne cienkie, suche; ręka prawa wybitnie mniejsza od ręki lewéj; palce u obu rąk ku dłoni skurczone, wiotkie. Lewa odnoga górna w łokciu wyprostowana; prawa zaś pod kątem prawie prostym w łokciu zgięta tak, iż pomimo braku stężenia pośmiertnego tylko bardzo mało odgiąć się daje; mięśnie obu odnóg górnych suche, cienkie, widocznie zanikłe, zwłaszcza po stronie prawéj. Kości czaszki dość grube, zbite. Sklepienie czaszki w części czołowéj z lewéj strony szersze, niż z prawéj strony, tak, że światło czaszki wynosi w części czołowéj z lewéj strony 53 ctm., z prawéj zaś tylko 48 ctm.; zresztą sklepienie czaszki dość symetryczne. Dopiero po wyjęciu mózgu spostrzegamy u podstawy czaszki różnicę w głębokości i w bocznych wymiarach jamy czaszkowéj średniéj. Jama skroniowa lewa jest bowiem wyraźnie głębszą i ma w wymiarze prostym 5 ctm., podczas gdy jama średnia z prawej strony jest tylko 4 ctm. długą; również i szerokość jamy téj po stronie lewéj jest o 1 ctm. większą, niż po stronie prawéj.

Opona mózgowa twarda jest napięta, prawidłowo gruba. Opony miękkie są na sklepieniu mózgu nieco zmętniałe i surowiczo zbrzęknięte. W środkowéj części wypukłości półkuli mózgowéj lewéj spostrzegamy rozległy brak istoty mózgowéj, a natomiast widzimy tu głęboką jamę, kształtu trójkątnego i w postaci głębokiego lejka ku środkowi mózgu drążącą, która pokrytą jest od strony powierzchni mózgu nieco zgrubiałą i w postaci przepony rozpiętą pajęczówką (*arachnoidea*), wypełnioną zaś jest czystym płynem surowiczym.

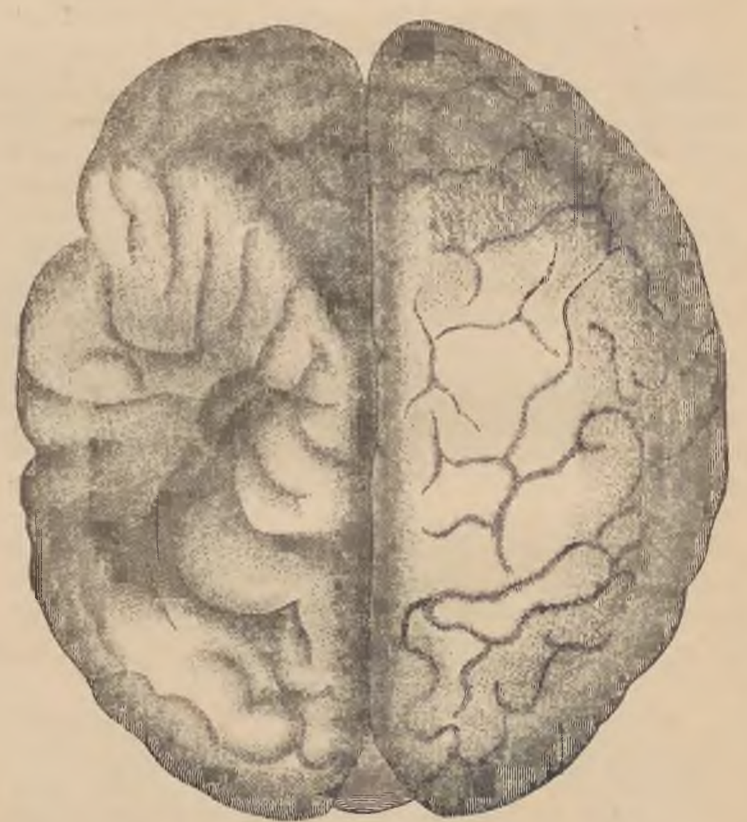


Fig. I.

Jama ta jest 7 ctm. długą, 6 ctm. szeroką i ograniczoną jest z przodu zwojem przedśrodkowym (*gyrus praecentralis*); od góry, w oddaleniu zaledwie 1 ctm. od szpary środkowéj, częścią zwoju środkowego tylnego (*gyrus centralis posterior*); od tyłu tymże zwojem i zwojem kątowym (*g. angularis*), od dołu zaś częścią zwoju skroniowego pierwszego

i drugiego (*g. temporalis primus et secundus*). Zwoje przedni i tylny środkowy (*g. centralis anterior et posterior*), nadbrzeżny (*g. marginalis*) i kątowy (*g. angularis*), jakoteż oba skroniowe (*g. temporales*) są ku jamie wygięte i w takową wciągnięte tak, iż stanowią boczne ściany trójkątnego, lejkowatego zagłębienia. Przytem uderza nas natychmiast okoliczność, iż podczas gdy kształt, kierunek przebiegu, rozłożenie i grubość zwojów mózgowych, jako też bruzd po stronie prawéj półkuli mózgowéj, a nawet i w części czołowéj i potylicznéj półkuli lewéj są zupełnie prawidłowe, a tylko na ostatniéj może zwoje nieco grubsze, to w najbliższem otoczeniu opisanéj jamy zwoje mózgowe zbiegają się gwiazdkowato, w kierunku dośrodkowym ku zagłębieniu jamy, na samym brzegu opisanéj jamy nagle się zginają i przebiegają daléj zbieżnie po bocznych ścianach lejka, ku dnie jego, pokryte w całym swoim przebiegu cieniutką błoną naczyniówką (*pia mater*). Przednia i zewnętrzna ściana jamy spadają przytem dość stromo, tylna i wewnętrzna ściana natomiast bardziéj pochyło ku głębi jamy. Koniec, czyli dno lejku utworzonego przez brak istoty mózgowéj jest trójkątnym, okazuje tylko słaby rysunek bruzd i zwojów mózgowych i wchodzi wreszcie otworem średnicy około 1 ctm. do przedniego rogu bocznéj lewéj komory mózgowéj, z którą otworem tym wyraźnie stoi w połączeniu (komunikuje). Dno jamy opisanéj wyściela poniżéj widocznych jeszcze zwojów mózgowych delikatna błonka, utkania pajęczynowatego, pomarszczona, wiotka, w któréj tu i owdzie widać ślady złożonego barwika cytrynowo lub pomarańczowo-żółtego. Brzegi otworu łączącego jamę ową z komorą mózgową są utworzone przez zgrubiałą wyściółkę komorową (*ependyma*), są zupełnie gładkie, równe, oraz bliznowato stwardniałe i zgrubiałe tak, iż tworzą wyraźną obrączkę zbitą, około 1 mm. szeroką; przez otwór ten widać wyraźnie leżący w komorze mózgowéj splot naczyniowy. Sama komora lewa jest, o ile to dostrzedz można bez znaczniejszego uszkodzenia mózgu, miernie rozszerzoną, nieco szerszą, niż komora prawa; zwoje środkowe, t. j. ciała prążkowane i guzy wzrokowe są po obu stronach dość małe, nikłe, pokryte zgrubiałą wyściółką komorową. Most Varola jest również mały, zbity; rdzeń przedłużony i móżdżek wejrzenia prawidłowego, chociaż utkanie ich jest wyraźnie zbitsze, łykowate.

Z wywiadów zasięgniętych od znajomych zmarłego dowiedzieliśmy się, że takowy był żebrakiem, od urodzenia idyjotą, mowę miał mieć bardzo niewyraźną, a skurczenie odnogi górnéj prawéj w łokciu i skurczenie rąk miało u niego istnieć od urodzenia. (C. d. n.)

IV. Z pracowni własnéj.

Przyczynek do znajomości zachowania się prątków durowych w wodzie,

podał
Dr. Justyn Karliński,
lekarz powiatowy w Stolacu w Hercegowinie.

(Dok. Patrz Nr. 1).

Badanie drobnowidowe hodowli płytkowych połączone z przeszczepieniem znalezionych kolonij pouczyło mnie, że podczas gdy w próbkach zaczerpniętych w godzinę po dodaniu kału prątki durowe w 16 kolonijach w 1 ctm.³ znachodziły się, w 24-ech godzin zaledwie w 7-miu kolonijach w takiéjże ilości wody reprezentowane były, odtąd zaś znikły zupełnie. W 5-tym i 6-tym dniu badaniu pojawiły się wprawdzie na płytkach kolonije wielce typowe kolonije prątku durowego przypominające, przeszczepione jednak na rozmaite podłoża, osobliwie na podłoża ziemniaczane rosły w całkiem odmienny, z wzrostem prątków durowych nic wspólnego nie mający sposób. W czwartem doświadczeniu wlałem do cysterny poprzednio wypompowanéj i wysuszonéj 5-ciu hektolitrów wody rzecznéj następującego składu.

W 1 litrze wody znachodziło się:

Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń organicznych	Ilość kolonij w 1 ctm.³
536	30	51	ślady	—	24	2100

Następnie dodawałem codziennie po zaczerpnięciu próbek potrzebnych do badania chemicznego i bakteryjologicznego 300 ctm.³ kału durowego, pochodzącego od 2 pacyjentów w II. i III-cim tygodniu choroby, kału, w którym prątki durowe w znacznéj znachodziły się ilości. Powtarzałem to przez dni 10 przedłużając doświadczenie do dni 15-tu, usiłując przez to zbliżyć się do stosunków niekiedy w przyrodzie możliwych, gdzie woda do picia przeznaczona stałemu zanieczyszczeniu kałem durowym podlegaćby mogła.

Załączona tablica przedstawia wynik badania chemicznego i bakteryjologicznego w ten sposób przez dni 10 stale zanieczyszczonéj wody, a wyniki te tem są ciekawsze, że wskazują stopniowe samo-oczyszczanie się wody do pewnego stopnia uwydatniające się tak w składzie chemicznym jak i w ilości grzybków wodę zamieszkujących. Przez codzienne dokładne mięszanie wody i mącenie osadu na dnie i ścianach znachodzącego się, starałem się uniknąć ważnego błędu przy badaniu bakteryjologicznem, a mianowicie przeoczenia grzybków, które wraz z częściami stałemi na dno cysterny opadły.

W 1 litrze wody znachodziło się w miligramach:

Czas	Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość tlenu spotrzebowanego do utlenienia połączeń organicznych	Ilość kolonij w ogóle w 1 ctm.³	Prątek durowy
I	550	26	54	wybitne ślady	wybitne ślady	24	40000	+
II	558	28	54			27	66000	+
III	570	31	54			27	90000	+
IV	580	31	56			27	∞	+) [1]
V	580	31	70			27	∞	+)
VI	—	39	70			31	100000	+
VII	700	32	66			—	100600	+
VIII	710	32	66			—	—	+
IX	710	36	60			28	—	0
X	650	—	60			30	100000	0
XI	650	—	—			30	60000	0
XII	—	34	—	ślady	ślady	26	44000	0
XIII	—	33	60		ślady	26	30000	0
XIV	620	30	60		—	25	28000	0
XV	590	28	55		—	26	22000	0

Codziennie przez dni 10 dodawane prątki durowe wraz z kałem dały się w pierwszych dniach 8 miu na hodowlach płytkowych wykazać, od dziewiątego dnia począwszy, mimo, że jeszcze przez dni 2 dolewane były gincły już doszczętnie z przyczyny szybkiego obumierania szukać muszę w znacznéj ilości grzybków z grupy Proteus (Hauser), które od VII dnia począwszy w wielkiéj podejmuję wystąpować liczbie, podczas gdy w pierwszych dniach badania sporadycznie tylko występowały. Czwartego i piątego dnia badania z powodu znacznéj liczby grzybkowych kolonij, zliczenie kolonij w ogóle i dłuższe zachowanie hodowli nie możliwe, uwzględniając jednak tę okoliczność, że w trzecim i szóstym dniu prątek durowy na płytkach reprezentowanym był, nie wahałem się zaznaczyć obecność jego w odnośnéj tablicy. Podobnie jak to w poprzednich doświadczeniach czyniłem i tym razem mięszałem wodę dokładnie przed zaczerpnięciem próbek, a w 175 dniu od rozpoczęcia doświadczenia wypompowałem wodę celem badania bakteryologicznego osadu.

[1]) Znaczkiem ∞ oznaczam, że w odpowiednim dniu badania ilość kolonij na hodowlach była nieskończenie wielką, a przez to zliczeniu niedostępną, znaczkiem —, że badania, respective zliczenia kolonij nie przedsiębrano, znaczkiem O brak odpowiedniego składnika lub prątka durowego, znaczkiem + lub +) obecność prątka durowego.

W tym celu 5 ctm. ³ osadu zmięszałem dokładnie z 100 ctm. ³ przekroplonéj i zjałowionéj wody, a po upływie godziny, kiedy osad napowrót na dno kolbki opadł, zaczerpnąłem najpierw próbki celem badania drogą hodowli płytkowych, następnie zlawszy ostrożnie wodę dodałem znowu takąż ilość wody przekroplonéj i jałowéj a powtarzając tož samo następnie jeszcze 6 razy, uskuteczniając każdym razem 6—10 hodowli płytkowych starałem się uniknąć możliwego przeoczenia znachodzących się w osadzie prątków durowych. Ostatecznie z tak „wymytym" osadem przedsięwziąłem jeszcze hodowle płytkowe, a jako wynik otrzymałem, że na 128 hodowlach płytkowych w wyż opisany uskutecznionych sposób a n i j e d n é j kolonii prątka durowego nie było.

Do piątego doświadczenia, po dokładnem oczyszczeniu zbiornika, wziąłem 3 hektolitry wody z jedynéj w Stolacu znachodzącéj się studni, wody, która stosunkowo ubogą była w grzybki a pod względem swego składu nic do życzenia nie zostawiała, a mianowicie:

W 1 litrze wody znachodziło się w miligramach:

Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń organicznych	Ilość kolonij w 1 ctm. ³
300	4	20	—	—	6	136

Następnie co 4-ty dzień dodawałem po 150 ctm. ³ kału durowego, powtarzając to 4 razy i przedłużając codzienne badanie wody do dni 20-tu. Rozchodziło mi się bowiem o przerywane zakażenie wody do picia przeznaczonéj wydzielinami durowemi oraz o stwierdzenie, czy przy takiem postępowaniu prątek durowy przypadkiem dłużéj, niż to dotychczas obserwowałem, żywotność swą zachowuje.

Załączona tablica przedstawia zachowanie się składu chemicznego i ilości drobnoustrojów podczas 20-dniowego doświadczenia, przyczem nadmienić muszę, że dodawanie kału durowego w I, IV, VIII i XII-tym dniu miało miejsce.

W 1 litrze wody znachodziło się w miligramach:

Dzień	Części stałych	Chloru	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Ilość spotrzebowanego tlenu do utlenienia połączeń organicznych	Ilość kolonij w ogóle 1 ctm. ³	Prątek durowy
I	325	8	26			9.6	19000	+
II	330	11	27			10·0	27000	+
III	325	10	25	ślad	ślad	10·	[illegible]	+
IV	450	14	29			14·6	45000	+
V	520	20	31			15·0	45000	+
VI	500	20	30			15·0	45000	+
VII	500	18	30			15·0	42000	+
VIII	550	24	36		ślad	28·0	71000	+
IX	550	29	41	ślad		30·0	70000	+
X	660	28	40			30·0	70000	+
XI	560	29	40			30·0	70000	+
XII	600	32	42			36·0	90000	+
XIII	610	40	42		ślad	36·0	100000	—
XIV	620	31	42	ślad		36·0	100000	—
XV	—	30	40			32·0	90000	—
XVI	—	26	40		—	32·0	76000	—
XVII	—	24	39	—	—	32·0	72000	—
XVIII	540	20	36	—	—	29·0	51000	—
XIX	520	17	34	—	—	26·3	50000	—
XX	475	17	30	—	—	24·2	39000	—

Ciepłota wody podczas całego trwania doświadczenia wynosiła średnio 11·0°C., była zatem nieco niższą od ciepłoty podczas 4-ech pierwszych doświadczeń. Próbki w dniach, w których dodanie kału miało miejsce, czerpałem w godzinę po uskutecznieniu tegoż, mięszając każdym razem dokładnie wodę w cysternie znachodzącą się.

Prątki durowe wprowadzone z kałem do wody zachowały żywotność swoją przez pierwszych dni 12-cie, z chwilą jednak kiedy wprowadzone wraz z niemi grzybki gnilne kału rozmnażając się w wielkiéj ilości wystąpiły, ustaje żywotność tychże tak, że już 13-go dnia doświadczenia, a więc w 24 godzin po ostatniem dodaniu kału durowego na hodowlach płytkowych wykazanemi być nie mogły. Podczas gdy w 24 godzin po pierwszem dodaniu kału ilość prątków durowych w 1 ctm. ³ wody 26 wynosiła, zmalała ona w 48 godzin do 16-tu, w 72 godzin do 6-ciu, aby z nowym dodatkiem kału w IV-tym dniu doświadczenia wzróść do 22. W V-tym dniu doświadczenia wynosiła ilość znalezionych prątków durowych 20 w 1 ctm. ³, w VI-tym = 12, w VII-ym = 7, w VIII-ym = 17, w IX-ym = 11, w X-ym = 5, w XI-ym = 5, w XII-ym = 9.

W doświadczeniach swoich starałem się ile możności zbliżyć się do stosunków w przyrodzie zachodzących, aby w ten sposób przekonać się, czy w tylokrotnie jako źródło zakażenia obwinianéj wodzie prątki durowe z kału durowego żyć i rozwijać się mogą. Jeżeli, jak to z poprzednich i obecnych moich doświadczeń wynika, żywotność prątków tych w wodzie nader jest krótkotrwałą, jeżeli też w wodzie w grzybki gnilne bogatéj, a taką każda woda dopływami kanałowemi zanieczyszczona koniecznie być musi, zaledwie 4 × 24 godzin, ciągle liczebnie malejąc, żyć mogą, nie przesadzonym wyda mi się wniosek, że owe podania o znachodzeniu prątków durowych w znacznym nawet odstępie czasu po wybuchu epidemii uprzedzeniu i niedokładności badania przypisać należy. Niestety nie znamy jeszcze minimalnéj ilości prątków durowych, które do ustroju ludzkiego drogą przewodu pokarmowego wprowadzone chorobę wywołać są w stanie; w obec wątpliwych wyników doświadczeń na zwierzętach wykonywanych nawet wątpić nam o rozstrzygnięciu kwestyi téj wypada, dla tego też mimo znalezienia faktu rychłego obumierania prątków tych w wodzie do picia przeznaczonéj, nie możemy jeszcze wypowiadać ostatecznego słowa o kwestyi zaraźliwości wody kałem durowym zanieczyszczonéj. Jeżeli małe ilości prątków tych już do zakażenia wystarczają, i użycie wody w krótkim czasie po zanieczyszczeniu miało miejsce, wtedy teoryja szukająca w wodzie źródła zakażenia jakie takie prawdopodobieństwo ze sobą mieć może, aby jednak jednorazowe zanieczyszczenie wody odchodami durowemi nawet na znaczne przestrzenie (n. p. wzdłuż biegu rzek) zakażająco miało wpływać, na to wyniki poszukiwań nad zachowaniem się prątków durowych w wodzie żadnego dowodu nie przedstawiają.

V. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

W a l k e r: (Londyn): **Trzustka i stolce kredowate.**

W. podaje ciekawe uwagi o związku bezbarwnych lub gliniasto-żółtych stolców bez żółtaczki z chorobami trzustki i donosi o dwóch przypadkach, w których przez całe życie stolce były bezbarwne. Rozpoznanie W. brzmiało: zamknięcie przewodu trzustkowego bez niedrożności przewodu wątrobowego a oględziny pośmiertne stwierdziły powyższe rozpoznanie. Opierając się na tych przypadkach jakoteż na innych doświadczalnych i klinicznych spostrzeżeniach, czyni W. następujące wnioski: 1) Bezbarwne lub gliniasto żółte stolce nie zawsze są wyrazem choroby wątroby lub utrudnienia w odpływie żółci. 2) Wytwarzanie się hydrobilirubinu, istoty zabarwiającéj stolce, zależy od wzajemnego oddziaływania soku trzustkowego i żółci, odbywającego się w jelicie. 3) W chorobach sprowadza brak wydzieliny trzustkowéj i żółci stolce bezbarwne. 4) Jeżeli część zmienionych barwików żółciowych jako hydrobilirubina występuje na jaw w zabarwionym kale, podczas gdy niezmieniona bilirubina, bilifuscyna i biliwerdyna ulega wessaniu, to hydrobilirubina może powstać tylko przy pomocy soku trzustkowego i dla tego posiada trzustka o tyle ważne regulujące działanie w zużytkowaniu żółci, o ile jéj wydzielina oznaczyć może, wiele żółci zostaje z kałem wydzielone a wiele ulega wessaniu w przewodzie pokarmowym. Z tém zapatrywaniem zgadzają się także doświadczenia Klaudyusza Bernarda i kliniczne spostrzeżenia, że niektóre leki sprowadzają obfite stolce żółciowe, leki, które bezwarunkowo na wydzielanie żółci nie wpływają. W ten sposób tłómaczą się owe dotąd zagadkowe przypadki, w których bez możności wykazania na pewno

utrudnienia w wydzielaniu żółci lub utrudnionego odpływu téjże utrzymują się bezbarwne, gliniaste stolce. (*W. m. Bl.* 1889, Nr. 29).

O. Stirl (Wrocław): **Przyczynek do nauki o zakaźném, gorączkowém, z żółtaczką powikłaném zapaleniu żołądka i jelit (choroba Weila).**

Od czasu ogłoszenia przez Weila szczególnéj, ostréj choroby zakaźnéj, łączącéj się z obrzękiem śledziony, żółtaczką, zapaleniem nerek, znamy wiele podobnych spostrzeżeń, które jednak istoty choroby nie wyjaśniły. O przyrodzie téj choroby zakaźnéj istnieje wielka rozmaitość zapatrywań. Podczas gdy Weil pozostawia nierozstrzygniętém, czy to jest choroba *sui generis* lub czy należy ją zaliczyć do znanych chorób zakaźnych, to inni przechylają się stanowczo do pierwszego lub drugiego zapatrywania a nawet niektórzy odmawiają chorobie Weila wszelkiéj anatomicznéj, etyjologicznéj i symptomatologicznéj jedności. Podobna niezgodność panuje co do objawów. Pewnemi są żółtaczka gorączkowa, zboczenia żołądkowe i mózgowe. Przebieg gorączki cechuje się nagłém podwyższeniem a ustępowaniem *per lysim*. Różne jest także zapatrywanie co do udziału śledziony i nerek: jedni twierdzą, że obrzęk śledziony i zapalenie nerek występują z samego początku, czemu się inni sprzeciwiają. Wielką wagę kładą na ból w łydkach, który uważają za patognomiczny. Celem wyjaśnienia tych wątpliwości opisuje S. przypadek z kliniki prof. Rosenbacha 35-cio letni robotnik w kanałach wpadł, odurzony unoszącemi się gazami kloacznemi, do kału, którego połknął znaczną ilość. Okazywał powiększenie wątroby i śledziony, żółtaczkę, w moczu białko a pod drobnowidem wałeczki i czerwone i białe ciałka krwi; ból i zawrót głowy, majaczenie, wymioty i biegunka, kurcze i bolesność łydek. Chory wyzdrowiał. Zakażenie nastąpiło z przewodu pokarmowego, co potwierdza zapatrywanie, że drogą zakażenia jest żołądek i jelito. Co do przyrody nośników zakażenia, nie znalazł ani prącików około waleczków, ani podanych przez Brodowskiego i Dunina mikrokoków. W tym przypadku uważa S. wprowadzenie ptomainów lub innych w posoce zawartych trucizn za wystarczające, aby choroba wybuchła. Droga zakażenia tłómaczy najbardziéj uderzający objaw choroby, żółtaczkę. Dwa czynniki wywołują według Stadelmanna w pewnych otruciach żółtaczkę: 1) wydziela się bardzo gęsta żółć, która dla tego odpływać nie może; 2) komórki wątrobowe przedstawiają objawy zwyrodnienia ćmawego i uciskają włosowate naczynia żółciowe, sprawiając przez to powiększone wessanie i rzeczywiście wykazano w téj chorobie zwyrodnienie tłuszczowe miąższu wątrobowego. Według S. nie jest choroba Weila chorobą *sui generis*, lecz wynikiem zakażenia przez przewód pokarmowy, a jedynym cechującym objawem jest ostra żółtaczka z gorączką; wszystkie zaś inne objawy są tylko następstwem zakażenia ogólnego. (*D. m. W.* 1889, Nr. 39).

Marfan: **O rzekomym gośccu zakaźnym** *Pseudo-rheumatismus infectiosus.*

W rozprawie o chorobach stawów, które występują w przebiegu rozmaitych chorób zakaźnych, a które należy wprowadzić w związek jużto z patogenicznym pierwiastkiem odnośnéj choroby, już też z zakażeniem mięszanem, najczęściéj przyrody ropnicowéj, zajmuje się M. dłużéj dwiema chorobami, mianowicie rzekomym gośccem w wtórorzędnéj kile i rzeżączkowem zapaleniem stawów. Pierwszéj rozróżnia M. według Fourniera następujące postacie: 1) Artralgije bez zmian anatomicznych wyraźnie wykazalnych. 2) Podostre zapalenia stawów. 3) *Hydrarthros. Arthritis gonorrhoica* M. przypuszcza, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy rzeżączką a zapaleniem stawów; wyjaśnia obydwie możliwości, które przy istniejącéj rzeżączce cewki moczowéj prowadzić mogą do zajęcia stawów: przeniesienie gonokoków za pośrednictwem dróg krwionośnych na odległe miejsca i możliwe przyłączenie się zakażenia mięszanego. M. rozróżnia 4 postacie, z których każda może częściowo przejść w drugą: 1) *Arthralgia blenorrhoica* z bólami w rozmaitych stawach, bez wyraźnéj anatomicznéj podstawy. 2) *Hydrarthros blenorrhoicus* (*Gonocele*) występuje najczęściéj w jednym stawie, nagle albo powoli, z silnem obrzmieniem, ale bez znaczniejszych bólów, ze skłonnością do przebiegu przewlekłego i nawrotów. 3) *Polyarthritis blenorrhoica subacuta*, w któréj mniéj stawów bywa zajętych, niż w ostrym gośccu stawowym; po pewnym czasie choroba ogranicza się najczęściéj do jednego lub dwóch stawów; w téj postaci spotykamy także inne umiejscowienie choroby (w torebkach śluzowych, pochewkach ścięgnistych, surowicze zapalenie tęczówki). Zejściem choroby może być wyleczenie, przewlekły ból stawu lub *Hydrarthros*, unieruchomienie stawu (ankylosis) z następowym zanikiem mięśni. 4) *Mono-arthritis plastica ankylotica.* W końcu podnosi M. skłonność niektórych chorych do ulegania w każdéj rzeżączce gośccowi rzeżączkowemu. Co do leczenia, miał M. za pomocą salicylanu sodowego osiągać niekiedy dobre wyniki (*Gaz. des hôpit.*, 1888, Nr. 21).

Dr. Baschkopf.

Dr. W. Kernig. **Przyczynek do wypuku żołądka.**

W przypadkach rozstrzeni żołądka, jeżeli opukuje się chorego w położeniu grzbietowém, to napotykamy w okolicy dolnéj i bocznéj lewéj strony klatki piersiowéj przestrzeń stłumioną, od tyłu liniją pachową środkową lub tylną, od góry 5 lub 6 żebrem, od dołu zaś samym łukiem żebrowym, ograniczoną. Stłumienie to znika, jeżeli chorego położymy na stronę prawą lub jeżeli mu usiąść każemy. W postawie stojącej chorego znajdziemy teraz, więcéj ku stronie lewéj rozprzestrzeniające się stłumienie przedniej ściany brzucha a zawartością rozszerzonego żołądka wywołana. Także i żołądek zdrowy, jeżeli tylko nie małą ilością cieczy jest wypełniony, podobne stłumienie wypuku objawia. Stłumienie to w miarę zmiany położenia, jakoteż w miarę odległości czasu od ostatniego jedzenia zmienia swój kształt i siłę. Często przedstawia się w postaci mniej lub więcéj szerokiego pasa z góry ku dołowi w lewéj dolno bocznéj części klatki piersiowéj się ciągnącego. W obec silnéj rozstrzeni żołądka pas ten przekracza brzeg żebrowy i daléj na bocznéj ścianie brzucha się ciągnie. Stwierdzić także można, iż górna granica owego stłumienia równocześnie z ruchami oddechowemi się porusza. Jeżeli badany z grzbietowego położenia przejdzie w położenie brzuszne-prawe, stłumienie to albo zupełnie znika albo też pozostaje niezmienione. Zmiana ta waha się bardzo często między temi dwiema ostatecznościami, według tego czy mamy z większą lub mniejszą rozstrzenią do czynienia i czy większą lub mniejszą ilość cieczy żołądek zawiera. U ludzi zdrowych na żołądek zmiana położenia z lewego na prawy bok nie zmienia stłumienia, wobec zaś rozdętych żołądków stłumienie to zupełnie znika. W postawie stojącej stłumienie to zachowuje się w trojaki sposób: a) u zdrowych nie znika ono, tylko górna jego granica nieco się obniża, b) przy miernej rozstrzeni zstępuje ono całkowicie ku dołowi i zajmuje górno-przednią lewą część brzucha, łącząc się często z stłumieniem wątroby, c) wobec silnej rozstrzeni znika ono zupełnie z powierzchni klatki piersiowéj a za to daje się wybadać jako przestrzeń półksiężycowa na lewéj stronie brzucha w wysokości pępka.

Autor perkutował na palcu i tylko granicę bezwzględnego stłumienia ołówkiem oznaczał. Na różnicę pomiędzy bębenkowym a stłumiono bębenkowym wypukiem w celu ujścia omyłek niezważał. Spostrzeżenia te znacznie przyczyniają się do łatwiejszego rozpoznania rozstrzeni żołądka, przytem ochraniają chorego od dręczenia go w celach rozpoznawczych sondami lub pompami żołądkowemi, a połączone z metodą badawczą Dehio Taubego (oznaczanie dolnego brzegu żołądka po wypiciu odpowiedniéj ilości wody) rozpoznanie czynią łatwem i nieomylnem. (*St. Petersb. med. Wschft.* 1889. Nr. 49.) *Dr. Mendelsburg*

Choroby nerwowe.

Prof. A. Strümpell (Erlanga): **O stosunku uwiądu rdzenia pacierzowego i porażenia postępującego do kiły.**

Że uwiąd i niedołęstwo porażenne pozostawać muszą w pewnym związku z kiłą, jest przypuszczeniem prawie wszystkich neuropatologów, utrzymują się tylko błędne zapatrywania o rodzaju tego związku. Wiadomo, że po ostrych chorobach zakaźnych występować mogą t. z. choroby nerwowe następowe (jak w błonicy, durze brzusznym, czer-

wonce i innych). Te choroby tem się cechują, że w jakiś czas po ukończeniu się pierwotnéj choroby występują zmiany zwyrodnienia najczęściéj w nerwach obwodowych, których kliniczne objawy następowe stosownie do przyrody zwyrodniałych włókien nerwowych jako porażenia, niezborność itd. występują. W wszystkich przypadkach jest sprawa anatomiczna jedna i ta sama, mianowicie zwykłe zwyrodnienie zanikowe włókien nerwowych, nie mające najmniejszego podobieństwa z swoistemi zmianami tkanek, wywołanemi przez pierwotne bodźce chorobowe. I tak wywolują prątki błonicowe w gardle, nosie, krtani, tchawicy i t. d. swoiste błonicowe zapalenie, a prątki durowe cechujące zmiany w jelitach. Zmian tych jednak nie przedstawiają zwyrodniałe nerwy obwodowe, będące przyczyną porażeń poblonicowych lub podurowych. Natomiast szukać należy przyczyny tego zwyrodnienia nerwów w chemicznych wytworach chorobowych, które powstają dopiero pod wpływem zakażenia i jego następstw. Co wolno przypuszczać o ostrych chorobach zakaźnych, może także mieć znaczenie dla przewlekłych chorób zakaźnych. I tak napotkano często w gruźlicy rozległe zwyrodnienia nerwów obwodowych, lecz nigdy nie spostrzeżono tu prątków gruźliczych ani gruzełków. Natomiast przypuścić musimy truciznę chemiczną, która, jak ołów, wyskok i inne, sprowadzają zwyrodnienie nerwów. Podobnie ma się rzecz z kiłą; i tu musimy odróżnić bezpośrednie działanie prątków od następowych spraw zwyrodnienia, polegających na działaniu chemicznem trucizny. Pierwsze występuje w swoistem wytwarzaniu się kilaków, a do ostatniego zaliczamy choroby nerwowe pokiłowe, których najczęstszą postacią jest uwiąd i porażenie postępujące. Obie te choroby są tylko rozmaitem usadowieniem się téj saméj sprawy chorobowéj. Ich częste występowanie równocześnie lub po sobie nie jest kombinacyją dwóch różnorodnych chorób, lecz całkowitem rozwinięciem się działania jednéj groźnéj sprawy. (*D. m. W.* 1889, Nr. 41).

† Dr. Bidou rozpatrując kwestyję dodatnich i ujemnych następstw hypnotyzmu rozróżnia 2 rodzaje tegoż: 1. teatralny i 2. leczniczy. Pierwszy działa szkodliwie nie tylko na osoby usypiane, lecz i na większość publiczności, a autor dziwi się, dlaczego dotychczas nie wzbroniono jeszcze we Francyi tego rodzaju przedstawień publicznych. Co zaś do drugiego rodzaju, to autor okazuje się stanowczym jego zwolennikiem. Z pośród rozmaitych przezeń przytoczonych przypadków ciekawym jest następujący:

27-letnia dziewczyna, cierpiąca na rozmaite przypady macinicze, znajduje się w obserwacyi autora przez przeciąg 7-iu miesięcy i w tym czasie była hypnotyzowaną 120 razy, a w ciągu roku poprzedzającego 250 razy. Pomimo tego nie tylko nie zwiększyła się skłonność do zasypiania, ale nawet odwrotnie zmniejszyła się. Stan ogólny jej tak fizyczny jak i duchowy znacznie się polepszył, napady powtarzają się obecnie rzadziéj, chociaż warunki życia choréj w tym czasie wcale się nie zmieniły. (*Marseille med.* 1889).

Choroby dzieci.

Zechmeister. **O bąblicy nowonarodzonych.**

Zeszłego roku robił Z. sekcyję 14-stodniowego dziecięcia, zmarłego wskutek *Pemphigus acutus*. Dwa miesiące późniéj rozeszła się wieść, że wiele nowonarodzonych dzieci z klienteli pewnéj akuszerki zachorowało na chorobę pęcherzami się objawiającą. Klatka piersiowa, brzuch i szyja, zarówno jak jama ustna była obsypana pęcherzami. Choroba nagabywała od czasu do czasu i większe dzieci, jakoteż dorosłych. Po 5-ciu miesiącach epidemija wygasła. Pomiędzy 76 porodów z klienteli téj jednéj akuszerki zachorowało 28 dzieci, z których 6 umarło. Przebieg choroby był ostry. Dzieci zapadały w drugim tygodniu po urodzeniu się. Lżejsze przypadki przebiegały bez ubocznych objawów, ciężkie zaś z wysoką gorączką a śmierć następowała 5 do 10-go dnia z wycieńczenia. Leczenie polegało na otwarciu poszczególnych pęcherzy, posypywaniu jodoformem i pokrywaniu chorych części watą salicylową. (*Münch. med. Wochenschr.*).

Dr. Baschkopf.

Chirurgija.

K. Sapieżko (w Kijowie). **Przyczynek do chorób jam czołowych.**

Opisawszy 3 pouczające przypadki cierpienia jam czołowych u dorosłych (*empyema et ectasia sin. frontalis*), wyleczonych po przebiciu drutem otworu w przedniéj ścianie rozszerzonéj jamy. autor streszcza tak wyniki swych obserwacyj:

1) W chorobie téj zwykle widzimy gałki oczne wyparte ku zewnątrz i ku dołowi (u młodszych), lub ku dołowi i w części ku zewnątrz (u dorosłych), przy całkowicie zachowanéj ich ruchomości.

2) Z nozdrzy peryjodycznie wydziela się obfity płyn śluzowaty.

3) Chorzy uskarżają się na ból w okolicy czołowéj i przy nasadzie nosa, zawroty głowy i smętne usposobienie, a to w skutek rozciągnięnia jamy zebranym w niéj płynem.

4) Fistuła w okolicy wewnętrznéj lub dolnéj części brzegu oczodołowego, z wydzieliną śluzo-ropną wskazuje zebranie się ropy w jamie czołowéj.

5) Pulsacyja wydzieliny śluzo-ropnéj fistuły wskazuje, iż takowa prowadzi do jamy, w któréj ścianach istnieje mnóstwo naczyń. W jednym przypadku autora tak silną była pulsacyja ropy i wstrzykiwanego do jamy płynu, iż myślano, że jama czołowa kommunikuje z mózgiem; wprowadzony do niéj palec przekonał atoli, iż łączności żadnéj nie było. „(*Wiestnik oftałmołogii*“ *Zeszyt Grudniowy 1889*).

Dr. J. Talko.

A. Bum. **O obecnem naukowem stanowisku mechanoterapii.**

Do téj chwili niewielka liczba skutków mechanoterapii, któréj głównym przedstawicielem jest mięsienie (massage), była ocenioną ze stanowiska ściśléj krytyki naukowéj. B. stara się wyjaśnić na podstawie fizyjologicznéj działanie mięsienia oraz zastosowanie lecznicze tegoż, przyznaje jednak, że w pojedyńczych postaciach chorobowych nie możemy sobie jasno wytłomaczyć działania tego zabiegu.

W kilku zdaniach przedstawia autor działanie mechanicznego leczenia, głównie zaś mięsienia.

I. Leczenie mechaniczne wpływa dodatnio na krążenie limfy.

Lassar i Mosengeil przy pomocy doświadczeń na zwierzętach wykazali, że 1) krążenie limfy znacznie jest szybszem przy zastosowaniu ruchów licznych i systematycznego nacierania aniżeli w spokoju, daléj że 2) zapalne produkty i obce pierwiastki, które się gromadzą na pewnych miejscach ciała, dają się za pomocą dośrodkowego nacierania na pewne i szybko sprowadzić na drogi limfatyczne dośrodkowe. Wobec tego leczenie mechaniczne znajduje zawsze swe wskazanie tam, gdzie chodzi o przyspieszenie krążenia limfy. Mięsienie może być ogólne lub miejscowe. Ogólne mięsienie wpływa na szybszą wymianę materyi a wskazanem jest u osób niedokrewnych, otyłych, bez zasobu energii życiowéj. Mięsienie miejscowe sprawia szybkie wchłonienie wybroczyn krwawych jakoteż przesączyn wszelkiego rodzaju. Jasnem jest jego wskazanie w zapaleniach torebki ścięgnistéj, okostnéj, pozamacicznem, stawu kolanowego i t. p. Wśród dny za pomocą mięsienia wpływamy na przyspieszenie krążenia limfy a tem samem utrudniamy zastój (Garrod i Epstein) obojętnych soli kwasu moczowego w pewnych okolicach ciała. Za pomocą mięsienia szyi i nacierania żył szyjnych ułatwiamy odpływ krwi z górnych części ciała, przezco wpływamy korzystnie na przebieg nieżytów nosa krtani i gardziela.

II. *Massage* mięśni ma równorzędne znaczenie z całkowitem tu przepłukiwaniem mięśni (*Perfusion*) i bierną gimnastyką.

Zabłudowski i Kronecker wykazali doświadczalnie, że zmęczony mięsień łatwiéj staje się znów zdolnym i znacznie prędzéj wraca do stanu pierwotnego, gdy go poddamy systematycznemu nacieraniu, gnieceniu i działaniu biernéj gimnastyki, aniżeli gdy go pozostawimy w spokoju. Pojaw ten tłomaczy Bum w ten sposób, że za pomocą mięsienia przeprowadzamy w szybszym czasie do ogólnego krążenia pierwiastki nagromadzone w zmęczonym mięśniu,

„pierwiastki zmęczenia“ fizyjologów (wolny i z kwaśnemi solami połączony kwas fosforowy i węglowy). Mięsienie więc działa tu podobnie jak przepłukanie naczyń mięśnia za pomocą obojętnego jakiegoś płynu (sól kuchenna lub słaby rozczyn węglanu sody), przyczem według Landoisa te „pierwiastki zmęczenia“ zostają spłukane i mięsień staje się znów zdolnym do pracy. Mięśnie zmęczone przychodzą prędzéj do siebie wśród mięsienia także dla tego, że krążenie żylne się przyspiesza a przez podniecenie krążenia tętniczego dostaje się do mięśnia większa ilość tlenu. Wiadomo, iż opukując mięsień poprzecznie do jego włókien (*Tapottement*) wprawiamy go w drganie i skurcze, przez odpowiedni więc zabieg mechaniczny zmuszamy niejako mięsień do pracy, mięsieniem więc możemy częściowo zastąpić bierną gimnastykę i zapobiedz zanikowi mięśnia z powodu unieruchomienia tegoż lub w skutek innych przyczyn mięsień osłabiających. W nerwicach czynnościowych tudzież w pląsawicy pobudza masowanie mięśnie i przez to czyni możebnem opanowanie drgań mięśniowych. W nerwicach nieulecznych wzmacnia mięśnie, które są zaopatrywane przez zdrowe nerwy i ułatwia tym sposobem zastąpienie mięśni nieczynnych. Szczególnie dobre wyniki daje mięsienie mięśni przy tak zwanych skurczach zawodowych pisarzy, muzykantów, tancerek, które Raibmayer odnosi do chronicznego zapalenia (*Myositis*). Jeżeli na to wszystko zważymy, to łatwo zrozumieć dobre wyniki, jakie massowanie daje przy gośćcu mięśniowym, przyczem B. wskazuje na hemikraniję (*Eulenburg*), wśród któréj znajduje się stwardnienie w mięśniach na odpowiednéj stronie głowy i szyji. Systematyczne ćwiczenie i wzmacnianie mięśnia *levator ani*, obu zwieraczy tudzież innych mięśni odbytnicy i pochwy sprawi dobre skutki przy leczeniu metodą Thure-Brandta wypadnięcia odbytnicy, pochwy i macicy.

III. Za pomocą leczenia mechanicznego możemy znieść przyczepiny i zrosty, chropowate płaszczyzny chrząstki wygładzić, przykrócone mięśnie i tkanki naciągnąć, zwątlałe ścięgna skrócić, uorganizowane wysięki, granulacyje i wybujałości rozgnieść niejako a naczynia je odżywające zniszczyć.

(Dok. nast.) *Dr. Bohosiewicz.*

Maroy: **Leczenie zapalenia pęcherza moczowego przestrzykiwaniem.**

M. poleca w leczeniu zapalenia pęcherza moczowego przepłukiwanie za pomocą rurek podwójnych z miękkiego kauczuku rozmaitéj grubości (Nr. 18—25 f.) w następujący sposób: Najpierw oczyszczenie pęcherza gorącą wodą, która została zagrzaną aż do zagotowania, a następnie ochłodzoną do pożądanéj ciepłoty, następnie wlewa środek przeciwgnilny, który przez kilka minut pozostaje w pęcherzu, poczem go wypuszcza i przepuszcza przez pół godziny gorącą wodę. Na koniec wstrzykuje do pęcherza zawiesinę jodoformową. Dopóki mocz zawiera w sobie bakteryje, dopóty powtarza się to leczenie rano i wieczór, późniéj przez jakiś czas raz dziennie, następnie dwa razy lub raz na tydzień aż do całkowitego wyleczenia. Pęcherz znosi wybornie gorącą wodę, która przez dłuższy czas przepływać powinna. M. wspomina, że pierwéj używał z dobrym skutkiem rozszerzenia cewki w przypadkach zadrażnienia pęcherza i parcia na mocz, które miało przyczynę w szczelinach szyjki pęcherzowéj. Przez czasowe porażenie mięśni cewki mocz. osiągamy łatwy i bezbolesny odpływ moczu na kilka dni; przyznaje jednak, że to rozszerzanie może być połączone z niebezpieczeństwem z powodu zdarzającego się niekiedy silnego krwawienia lub porażenia i niemożności zatrzymania moczu. M. przypomina zapatrywanie niektórych autorów, że kamienie pęcherzowe powstają, gdy wprowadzone ciało obce wywołuje zadrażnienie pęcherza, które pociąga za sobą jego zapalenie, mocz oddziaływa alkalicznie i fosforany osadzają się naokoło ciała obcego. Według M. nie ciała obce, lecz drobnoustroje z niemi do pęcherza wprowadzone wytwarzają zapalenie pęcherza z następowem osadzaniem się fosforanów i w ten też sposób tłómaczy *Cystitis gonorrhoica*, gdyż przez wprowadzenie świeczek albo zgłębników dostają się gonokoki z cewki do pęcherza. Podobnie dostają się inne bakteryje razem z cewnikami nieczystemi, tworząc najczęstszą przyczynę zapal. pęch. Dla tego poleca przechowywanie cewników w sublimacie 1 : 1000 i dokładne ich odrażanie przed wprowadzeniem. (*Viert. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 3).

E. Hahn (Berlin): **O leczeniu kolana koślawego (*g. valgum*) i szpotawego (*g. varum*) ze szczególnem uwzględnieniem osteotomii.**

H. przyłącza się do zapatrywania Mikulicza, który stwierdził, że zarówno w *genu valgum infantum* jak i w *genu valgum adolescentium* rozchodzi się o następstwa krzywicy i że kolano koślawe powstaje najczęściéj wskutek skrzywienia dolnego końca nasady kości udowéj i górnego końca nasady kości goleniowéj. H. zarzuca więc wszystkie te zabiegi, które zajmują się tylko kłykciem wewnętrznym kości udowéj. W znacznéj większości przypadków kolana koślawego osteotomija na kości udowéj do wyprostowania jest potrzebną, a w bardzo rzadkich przypadkach obok niéj lub też sama dla siebie osteotomija kości goleniowéj (i piszczeli). Z 88 chorych z *genu valgum* leczył Hahn 69-ciu za pomocą osteotomii kości udowéj, 8-miu za pomocą osteotomii kości goleniowéj, a 11-stu za pomocą załamania. Zasady, według których Hahn leczy kolano koślawe i szpotawe są następujące: 1) U dzieci między 3-cim a 5-tym r. można użyć leczenia maszynami, jeżeli rodzice nie szczędzą czasu, trudów i kosztów. 2) Jeżeli sprawa krzywicza jeszcze się nie skończyła, kości jeszcze są miękkie i giętkie, należy polecić załamanie siłą rąk. 3) Wobec już ukończonéj sprawy krzywiczéj i kości twardych u dzieci, jakoteż u dorosłych, należy wykonać osteotomiję, a mianowicie w *genu valgum* wyłącznie powyżéj albo na wewnątrz kłykciów kości udowéj. W *genu varum* robi się osteotomiję albo tylko na podudziu albo na udzie i podudziu. Osteotomiję wykonywał Hahn za pomocą wąskich, 1—1½ cm. szerokich osteotomów i radzi przedłutować na wewnątrz, a nie powyżéj guzów stawowych. Dla ułatwienia rozdzielenia kości przedłutowywał w ostatnim czasie najpierw od strony wewnętrznéj warstwę wewnętrzną istoty korowéj, a następnie od zewnątrz zewnętrzne warstwy istoty korowéj, poczem można było łatwo kość całkiem przełamać. W ciągu 8 lat zrobił przeszło 200 osteotomij u 133-ech chorych i nie miał nigdy nieszczęścia. H. porzuca *redressement forcé*, ponieważ przy ukończonéj krzywicy wymaga bardzo wielkiego natężenia sił do złamania kości, a nieszczęścia jak zranienia poboczne, przerwanie więzadeł stawowych, oddzielenie się okostnéj, rozległe złamania skośne łatwo przydarzyć się mogą. (*Berl. Kl.*, 1889, z. 10-ty). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Artur Hartmann (Berlin): **Przyczynek do kazuistyki ropni jamy Highmora.**

W przypadku Dr. H. szczególnie na uwagę zasługują objawy niedomogi płucnéj, w pierwszym okresie choroby występujące. Młody kupiec, zupełnie przedtem zdrów, zaczął nagle przy kaszlu odpluwać krew. Domowy lekarz nie mógł wprawdzie w płucach nic podejrzanego znaleźć, mimo to domyślał się pierwszych objawów suchot płucnych i zastosował według tegoż leczenie i zachowanie się chorego. Po kilku miesiącach, kiedy krwawe plwociny już ustąpiły, wystąpił nieznośny odór z nosa, który zmusił chorego do szukania pomocy lekarskiéj u Dr. H. Badanie wziernikiem wykazało sączenie się żółtéj, cuchnącéj wydzieliny z środkowego prawego noso-przewodu. Na podstawie téj rozpoznał Dr. H. ropień jamy Highmora. Badanie jamy ust i zębów wykazało liczne tychże plomby, a chory przypomniał sobie teraz, iż plwociny krwawe właśnie na okres plombowania odpowiedniego zęba przypadały. Nie ulega też żadnéj, według Dra H., wątpliwości, że zanadto głębokie plombowanie było przyczyną powstania całéj choroby, co wyjęcie odpowiedniego zęba zupełnie także potwierdziło. Przez otwór po wyjęciu zęba powstały kilkakrotne wstrzykiwania płynu odrażającego wydzielinę zupełnie wstrzymały. Autor przytacza jeszcze 2 przypadki ropni jamy Highmora, tylko samemi wstrzykiwaniami wyleczone. Pierwszy powstał skutkiem wycięcia polipów, przyczyną zaś drugiego, a już kilka lat trwającego ropienia były liczne w jamie nosowéj osadzone polipy. (*Wien. med. Woch.* 1889, Nr. 56). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby kobiece.

M. Rung: **O leczeniu gnilnego zakażenia połogowego.**

Leczenie Runga polega na podawaniu możliwie dużych dawek wyskoku, na stosowaniu kąpieli letnich, na obfitym dowozie żywności i na unikaniu każdego przeciwgorączkowego leku. Z 20 tu położnic, w ten sposób leczonych, umarły 5; w 4-ch przypadkach uniemożebniły nieustanne wymioty przeprowadzenie tego leczenia, we wszystkich innych jednak osiągnięto têm leczeniem wyniki bardzo korzystne przez równoczesne stosowanie wyskoku z kąpielami, co w uderzający sposób powiększało odporność ustroju przeciw jadowi gnilnemu. (*Arch. f. Gyn.* 1889 t. 33).

Leopold: **O przyszywaniu ku tyłowi zgiętéj, wypro stowanéj macicy do przedniéj ściany brzusznéj.**

W 9-ciu przypadkach przyszył L. dna macicy do przedniéj ściany brzusznéj; wszystkie chore wyzdrowiały. W 2-ch przypadkach rozchodziło się o równoczesne przewlekłe zapalenie trąbek i jajników, w jednym o zupełne unieruchomienie ku tyłowi zgiętéj macicy z powodu mięśniaka, usadowionego w jéj dnie a w dwóch o czyste zgięcie ku tyłowi, połączone z bardzo silnemi dolegliwościami. *Ventrofixatio uteri* należy uważać bez wątpienia za zbawienny zabieg, który chore skazane dotąd na długoletnie cierpienia, jednym zamachem od nich uwalnia; należy go jednak tylko wtedy wykonać, jeśli już pierwéj użyto bez skutku wszelkich innych sposobów leczenia a szczególnie leczenia krążkami. Wskazana jest *ventrofixatio uteri*: 1) Przy wycinaniu jajników a względnie jajowodów z powodu przewlekłego zapalenia tych narządów, bez względu na to, czy ku tyłowi zgięta macica jest ruchoma, czy nieruchoma. 2) Przy usuwaniu guzów, które trwale utrzymywały macicę w tyłozgięciu. 3) W niepowikłanem zgięciu ku tyłowi macicy zupełnie ruchoméj, nieprzyrośniętéj, jeżeli dolegliwości chorych należy odnieść tylko do tego nieprawidłowego położenia, użyto wszelkich innych sposobów leczenia bez skutku. Sposób L. jest bardzo prosty: trzema szwami, głęboko obejmującemi powłoki brzuszne ujmuje także dno macicy, które przyciąga do wewnętrznego brzegu rany ściany brzusznéj. (*Volkmanna Samml. kl. Vortr.* t. 333). *Dr. Baschkopf.*

† Dr. Thomas Keith w artykule swoim, umieszczonym w *The Brit. Medic. Journal* daje się poznać jako gorący zwolennik metody Apostoliego w leczeniu włókniaków macicy. Zaleca on nawet zaniechać na pewien czas wszelkich krwawych zabiegów, a zająć się dokładnem zbadaniem leczenia elektrycznością. Twierdzi on, że wycięcie macicy zabija co 4—5-tą kobietę, gdy tymczasem sama choroba rzadko tylko skraca życie choréj. Jest więc w każdym razie obowiązkiem, wynikającym z poczucia ludzkości, nie przystępować do niebezpiecznéj krwawéj operacyi nie spróbowawszy wpierw zastosowania zupełnie nieszkodliwego leczenia metodą Apostoliego. (*The Brit. Med. Journ.* 8 czerwca.

† Dr. Engelmann zwiedził klinikę Apostoliego i dzięki uprzejmości tegoż mógł dokładnie obznajomić się w ciągu 2 tygodni tak ze samym sposobem, jak i z wynikami otrzymanemi przy jego stosowaniu.

Wrażenia swoje opisuje on w sposób następujący: Leczenie elektrycznością chorób kobiecych powinno zająć ważne miejsce w tym dziale medycyny. Sposób Apostoliego opiera się na zasadach naukowych, a zastosowanie tegoż jest również ściśle naukowem. Wyniki otrzymywane za pomocą téj metody przewyższają w niektórych przypadkach znacznie wyniki za pomocą innych sposobów osiągane, dlatego też zasługuje ona na gruntowne zbadanie przez specyjalistów. Ze względu zaś na niepewność innych sposobów i niebezpieczeństwo wycięcia macicy w mięśniakach macicy przyłącza się Dr. Engelmann do zdania Dra Th. Keitha, że obecnie wskazaną jest operacyja mięśniaka tylko w takim razie, jeżeli leczenie elektrycznością zawiodło. Prócz mięśniaków macicy próbowano już stosować ten sposób w rozmaitych innych chorobach kobiecych, szczególnie zaś w zapaleniach macicy. Sposób Apostoliego jest łatwy do przyswojenia, prosty i nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, jeżeli będą zachowane prawidła postępowania przeciwgnilnego. (*Centralblatt für Gynäkologie* 22 czerwca.)

Choroby oczne.

Dr. Tamamszew: **Patologija i terapija** *trichiasis i districhiasis.*

Autor, lekarz praktykujący w Konstantynopolu, już od lat kilku przedstawia po klinikach Europy swój sposób leczenia téj chronicznéj choroby powiek i opisuje go w rozmaitych czasopismach lekarskich. Wychodzi on z téj zasady, że ponieważ przyczyną choroby jest cierpienie chrząstki i jéj gruczołów, przeto niepotrzebnie wycinamy w tych razach skórę powiek, skracając takowe, wywracając nieraz i robiąc nawet lagophthalmus. Trzeba tu właściwie leczyć tarsitis i blepharadenitis. Postępuje on tak: wkłada pod powiekę płytkę rogową i rozcina na niéj wzdłuż powiekę równolegle do gruczołów i takim sposobem oddziela zewn. część powiek ze skórą, tkanką podsk., z rzęsami, mięśniem od wewnętrznéj, zawierającéj brzeg chrząstki z gruczołami i tęczówką. Głębokość cięcia wynosi 4—6 mm., a czasami i więcéj. Po uśmierzeniu krwotoku, powierzchnia obniżonéj chrząstki kilkakrotnie przyżega się lapisem *in substantia*. Po odpadnięciu strupa rzęsy zwykle same wypadają, lub łatwo się usuwają cążkami. Powierzchnię rany, zwykle obficie ropiejącą, starannie oczyszcza się. Strup odcinano po 48 godzinach, pozostawiając czystą, pokrytą granulacyjami ranę. Chorzy mogą się leczyć ambulatoryjnie. Wyniki autor zawsze widział dobre i przytem recydyw nie było. Przy tym sposobie nie potrzeba używać ani chloroformu, ani kokainy, operacyja prosta, leczenie nie trwa długo i chorego nie pozbawia się ani kawałeczka skóry powiekowéj. (*Wojenno-medicinskij Żurnał*, wrzesień, 1889). *Dr. J. Talko.*

P. Silex: **O leczeniu chorób kiłowych oka.**

W chorobach oka na tle kiłowem ceni S. leczenie wcieraniami wyżéj, niż wstrzykiwania sublimatowe, przyczem kładzie nacisk na to, aby nie sami chorzy robili sobie wcierania i to w domu, lecz aby w zakładach je robiono i poleca ogółem 90 do 100 gramów szaréj maści, na każdą koléj z 5 wcierań po 3 gramy. Równocześnie z wcieraniami podaje środki napotne przez 2 dni, poczem następuje dzień bez używania tych środków. Podczas tego leczenia potrzebna jest dyjeta pożywna, a jako leczenie następowe poleca choremu 100 gramów jodku potasu w rozczynie 5 : 200. S. twierdzi, że przez leczenie powyższe zapobiegł u 24-ech na 50-ciu leczonych nawrotom chorób ocznych przez przeciąg najmniéj półtora roku, podczas gdy nawet u kilka razy leczonych wstrzykiwaniami sublimatowemi najpóźniéj po 1½ roku występowały powikłania ze strony narządu wzroku. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 43).

Horstmann: **Neuritis optica specifica.**

Pierwotna *Neuritis optica syphilitica* może wystąpić tak jedno, jak i obustronnie u chorych, których zakażenie jeszcze nie jest dawne i tu pień nerwu wzrokowego jest siedzibą zapalenia kiłowego. Również mogą nerwy wzrokowe, względnie *Chiasma n. o.*, być zajęte przez kilaki, które w nie wrastają. H. widział w ciągu ostatnich 15 tu lat 8 razy pierwotne kiłowe zapalenie nerwu wzrokowego, i to 3 razy obustronnie, 5 razy jednostronnie. Przebieg choroby jest wprawdzie mimo odpowiedniego leczenia powolny, ale w większéj liczbie przypadków następuje polepszenie. Oprócz pierwotnego zapalenia może nerw wzrokowy uledz także zapaleniu następowemu w następstwie kilaka w jamie czaszkowéj, a wtedy mamy obraz t. z. tarczy zastoinowéj, lub też zapalenie kiłowe może z opon mózgowych w postaci *Neuritis descendens* rozszerzyć się na nerw wzrokowy i jego błony. Nerw wzrokowy ulega ze wszystkich części oka najrzadziéj zapaleniu kiłowemu, z kiłowych chorób nerwu jest znowu pierwotne zapalenie jego najrzadsze (*Deut. med. Wochenschrift*, 1888, Nr. 44). *Dr. Baschkopf.*

Dobrosierdów. **Wielkość szpary powiekowéj i jaglica:**

Wiadomo, jak znacznie rozszerzona jest jaglica u narodów wschodnio-północnéj Rosyi, czeremisów, mordwy, wotiaków i t. d. Dr. D. statystycznie dowodzi, iż u czeremisów znacznie więcéj istnieje przypadków jaglicy niżli u Rosyjan pośród nich mieszkających. Przyczynę tego widzi w mniejszéj stosunkowo długości i krótkości szpary powiekowéj u pierwszych. Zdaniem jego zarazki łatwiéj zatrzy-

mują się w worku spojówkowym przy małym otworze szpary powiekowej, łatwiéj i prędzéj wydzielają się, skoro ten otwór jest większym; nie mówiąc już o większym ucisku na gałkę przy wązkiéj szparze powiekowéj. Wymiary autor robił za pomocą strabotometru Lawrence'a. Takie same doświadczenia z takiemiż wynikami ogłosił co do wotiaków dr. Tieplaszin na styczniowym zjeździe lek. rossyjsk. Inicyjatywę do studyjów dr. D. podał prof Adamiuk w Kazaniu. (*Wiestnik oftalmologii Grudzień 1889*). *Dr. J. Talko.*

Choroby uszne.

Eitelberg. (Wiedeń): **Uwagi do niektórych postaci chorobowych bł. bębenkowéj i ucha środkowego u dzieci jakotéż do ich leczenia.**

Najprzód opisuje przypadek zapalenia ostrego błony bębenk. u 4-letniéj dziewczynki. Błona bębenk. ponsowa obrzękła, obrysy trzonu młoteczka zniesione. Uskuteczniono przekłócie a mimo sporego nacięcia i kilkukrotnego przedmuchiwania powietrza nie wydostała się ani jedna kropla ropy, lecz czysta krew w miernéj ilości. Przy codziennem zastosowaniu postępowania Politzera bł. bęb. powoli do stanu prawidłowego wróciła. Co się tyczy przewlekłych nieżytów jamy bębenkowéj wyraża E. przekonanie, że nie mała część mieszkańców zakładów dla głuchoniemych zawdzięcza wykluczenie z towarzystwa intolerancyi swoich rodziców lub bliskiego otoczenia. Cierpienie to zaczyna się w trąbce Eustachiusza i w jamie noso-połykowéj i przydarza się bardzo często u dzieci zołzowych i krzywiczych a jego zaniedbanie prowadzi z czasem do zupełnéj głuchoty. Jako czynniki przyczynowe w ropném zapaleniu ucha środkowego przytacza autor wysypki, dur, błonicę, choroby konstytucyjne (zołzy, kiłę i t. d.) zapalenie płuc, koklusz, zaziębienie, urazy, daléj zły zwyczaj nalewania częstego wody na twarz dzieci w kąpieli się znajdujących. Dziecko tak zadrażnione wykonywa odruchowe połykanie, przyczem się łatwo dzieje, że wobec szerokiego światła i krótkości przewodu Eust. kilka kropel płynu dostaje się do jamy bębenkéj, gdzie daje powód do zapalenia. Odruchy ręki dziecka do ucha chorego mają w takim razie zwracać uwagę bacznego otoczenia na miejsce, gdzie trzeba szukać początku choroby. Co do leczenia zachwalają w przypadkach ostrych wkraplanie letniego 4% rozczynu kw. borowego, a obok tego *Plumb. acet. sol.* (2—5 kropli na łyżeczkę od kawy letniéj wody). W 2 przypadkach wystąpił po tym leku trwały ból głowy, który ustąpił dopiero po zmianie w leczeniu. W przypadkach przewlekłych poleca E. obok wymienionych środków słaby rozczyn kw. karbolowego, przypomina używanie rozczynu azotanu srebrowego według Schwartzego, kreoliny, odradza stosować ałun, chwali jodoform w ropieniach z ucha gruźliczych a na koniec potwierdza, że kw. borowy zostanie jedynym i najważniejszym ze środków. dopóki nie ustąpi pierwszeństwa innemu lekowi. (*Archiv f. Kinderheilk.* Nr. X.) *Dr. R. Spira.*

L. Katz (Berlin): **O sztucznéj błonie bębenkowéj z celoidyny.**

Usiłowanie, aby człowiekowi z przytępionym słuchem, który wskutek ostrego lub najczęściéj przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego, dotknięty jest przedziurawieniem błony bębenkowéj, poprawić słuch przez włożenie sztucznéj błony bębenkowéj, należy do wdzięcznych zabiegów leczniczych. Yearsley podał zwykłą kuleczkę z waty, Toynbee płytkę gumową z drucikiem srebrnym jako rękojeść, Berthold używa błony jaja kurzego; wszystkie posiadają jednak dwie wady: 1) drażnią części sąsiednie, 2) zwilżone wydzieliną zwijają się. Tych wad nie posiada błona bębenkowa z celoidyny. Jeżeli do płytkiéj podstawki szklanéj wlejemy rozczyn celoidyny (*Celloidin. 10·0, Spirit. abs. i eteru ana 50·0*) tyle, aby celoidyna utworzyła warstwę 1½ mm. grubości, to po ulotnieniu się eteru wzgl. wyskoku pozostanie po kilku godzinach zupełnie przeźroczysta, jasna, jak papier cienka, giętka płytka, z któréj wyciąć można małe krążki. Pręcik z waty, którego koniec w rozczynie celoidyny zamoczony, łatwo do środka blaszki przytwierdzić można, służy jako rękojeść przy wprowadzeniu pincetą; jeżeli chory nie bardzo niezgrabny, może sobie tę sztuczną błonę bębenkową sam wprowadzać. (*D. med. Woch.* 1889, Nr. 28).

Choroby skórne i weneryczne.

Cozzolino (Neapol). **Wpływ zołzów na rozwój i przebieg kiły.**

Wpływ zakażenia zołzowego uwidocznia się już przy pierwotnym wrzodzie kiłowym, który u osób zołowych okazuje wybitną dążność do rozpadu a nawet do fagedenizmu co jeszcze wyraźniéj występuje w kiłowych zmianach jamy nosowéj i gardła i to tak w okresie wtóro jak i trzeciorzędnym. Pod wpływem zołzów zapalenie kiłowe migdałków przechodzi często w ich przerost; jeśli tu przychodzi do owrzodzenia, to zajmuje ono zawsze także tkankę sąsiednią, drąży w głąb i przybiera dość często wejrzenie błonicowe albo zgorzelinowe. Kilaki w *cavitas bucco-pharyngea* zawsze przechodzą w ropienie a powstające ztąd wrzody zołzowato kiłowe odznaczają się długiem trwaniem. W kiłowém zajęciu gruczołów na tle zołzowém przychodzi do nadmiernego ich rozwinięcia z dążnością do zapalenia i zropienia. W krtani przebiegają zołzy i kiła niezawiśle od siebie lub też jedna choroba wpływa na drugą, zmieniając takową. Pod względem prognozy podnosi C., że osoby zołzowe, jeżeli równocześnie cierpią na ogólną kiłę, łatwo ulegają cherze kiłowéj (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Manssurow. **O zmianie w zabarwieniu skóry i paznogci, wywołanéj przez używanie arsenu.**

Po dłuższem wewnętrznem używaniu arszeniku może nastąpić zmiana barwy skóry i paznogci. M. opisuje przypadek, w którym u 40 letniego mężczyzny po kilkomiesięcznem zażywaniu arszeniku wystąpiło dziwne brunatnawe zabarwienie paznogci. Badanie drobnowidowe wykazało, że ta zmiana barwy występuje głównie na powierzchownym brzegu komórek przyskórkowych, który stał się cytrynowo-żółtym. Chemicznéj przyrody barwika nie wykazano. (*Viertelj. f. Dermh. u. Syp.* Rocznik XX).

Aleksander: **Kiła i oko.**

Jako kierownik szpitala dla chorób ocznych w Akwizgranie leczył A. przez przeciąg 23 lat 50.000 chorych na oczy i mógł u 2·76% tych chorych więc u 1385-ciu stwierdzić kiłowe pochodzenie choroby. Pouczającym jest rozdział na pojedyńcze części oka; na 1385 przypadków zajęty był nerw wzrokowy 568 razy=40%, jagodówka (tęczówka, ciałko rzęskowe i naczyniówka) 331 razy=24%, mięśnie zewnętrzne 146 razy=10·54%, mięśnie źrenicy 59 razy=4·26%, siatkówka 107 razy=7·72%. Tylko w 75-ciu przypadkach t. j. 5·48% zajęta była rogówka, w 35 przypadkach =2·52 kości i narządy łzowe, w 14 przyp.=1% nerw trójdzielny i twarzowy i tylko w 8-miu przypadkach t. j. 0·57% powieki i spojówka, w 3-ch twardówka. Zapalenie kiłowe tęczówki jest także według zdania innych autorów bardzo częstym objawem kiły ustrojowéj i można przypuścić, że prawie 50% wszystkich zapal. tęczówki jest pochodzenia kiłowego; *iritis plastica* nie uprawia jeszcze do wnioskowania, że przyczyną jéj jest kiła, jak to jest przy *iritis gummosa*. *Retinitis suphilitica* posiada wysokie praktyczne znaczenie z powodu ciężkiego w następstwie uszkodzenia wzroku. W pierwszéj linii poleca wcierania lub podskórne wstrzykiwania przetworów rtęciowych a jako środek wspierający używanie ciepłych kąpieli w Akwizgranie. Co do leczenia miejscowego, twierdzi, że ono w niczem nie różni się od leczenia podobnych, samoistnie powstałych chorób ocznych a więc odbywać się powinno zupełnie według tych samych zasad. A. sprzeciwia się rozpowszechnionemu uprzedzeniu, że operacyje na oczach kiłowych pod względem rokowania są niepomyślniejsze, niż te same zabiegi na oczach innych chorych. Rany operacyjne na powiekach, rogówce, tęczówce, nawet wyłuszczenia goją się u kiłowych przy troskliwém postępowaniu przeciwgnilném zarówno prędko i dobrze, jak u niekiłowych i należy je dla tego wszędzie bez wahania wykonac, gdzie tylko są wskazane. (*W. m. Bl.* 1889 Nr. 27).

Ferrara: **O późnych objawach kiły.**

F. podnosi, jak ważne znaczenie ma dla lekarza praktycznego wczesne rozpoznanie kiły trzew, a odnosi się to przedewszystkiem do chorób syfilitycznych układu nerwowego środkowego, serca, płuc i wątroby. Choroby te tylko niewyraźnie okazują cechę swoistą i naśladują choroby, w obec

których leczenie jest bezskuteczne. I tak n. p. kiła ośrodków nerwowych może występować jako ogólne porażenie, poprzeczne zapalenie rdzenia pacierzowego, stwardnienie rozsiane, uwiąd rdzenia pacierzowego; kiła wątroby może występować jako marskość wątroby lub zakrzep żyły bramnéj, kiła płuc jako suchoty i t. d. Lekarz, który się zadowala jedynie rozpoznaniem choroby bez uwzględnienia jéj etyjologii i patogenezy zastosuje najczęściéj leczenie nieodpowiednie i narazi na niebezpieczeństwo życie chorego, któregoby leczenie swoiste mogło uratować. (*Viertelj. f. Derm u. Syph.*, rocz. XX).

Haab: **O ogólnem zakażeniu rzeżączkowem.**

Donosząc o ogólnem zakażeniu na tle rzeżączki i o zakażeniu mięszanem gonokokami i innemi drobnoustrojami, opisuje H. najpierw zapalenie tęczówki samej i tęczówki i ciałka rzęskowego rzeżączkowe. Daléj wspomina o zapaleniu spojówki u ludzi dotkniętych rzeżączką, występującem bez przeniesienia wydzieliny na oko, gdzie więc wydzielina spojówkowa wolną jest od gonokoków i odpowiednio temu ma choroba cechę dobrotliwą. Daléj donosi o chorym, dotkniętym groźnem ogólnem zakażeniem w następstwie rzeżączki cewki moczowéj, któremu zagrażała śmierć wskutek ogromnego wyniszczenia sił po długotrwałéj gorączce, nieustępującéj żadnemu lekowi. W stawach łokciowych i kolanowych wystąpiło zapalenie wypocinowe, ropnie w lewéj pasze, utrata jednego oka wskutek bardzo ciężkiego ropotoku rzeżączkowego spojówki, który o mało co nie zniszczył także drugiego oka, w każdym razie sprowadził długotrwałe zapalenie ciałka rzęskowego z następowem znacznem obniżeniem ucisku śródocznego. W wypocinie stawu kolanowego nie znalazł koków, natomiast znalazł je w ropniu pachowym, ale nie gonokoki, lecz stafylokoki. (*Correspondzbltt. f. schweiz. Aerzte*, 1889, Nr. 8).

Abner: **Przyczynek do nauki o objawach kiły wrodzonéj.**

U dzieci obciążonych kiłą wrodzoną ustępują objawy chorobowe zwykle jeszcze przed końcem drugiego roku życia, u jednego dziecka już nigdy więcéj nie wracają, u drugiego dopiero w czasie dojrzewania płciowego albo jeszcze później; w trzeciéj wreszcie grupie objawia się choroba mniéj lub więcéj częstemi wybuchami, występującemi w nieregularnych okresach czasu. Dwa pierwsze lata obejmują wczesne postacie kiły dziedzicznéj, późniéj występujące postacie możemy nazwać *Syphilis hereditaria tarda*. Rozpoznać można tę postać kiły z oznak poprzednio przebytych chorób, z wstrzymanego wzrostu, jakoteż z obecnie istniejących objawów. Zdarzają się jednak, podobnie jak w kile nabytéj, późne postacie choroby bez możności wyśledzenia wcześniejszych objawów. Późne postacie *Syphil. hereditariae tardae* są bardzo różnorodne i przedstawiają niekiedy podobne trudności w rozpoznaniu, jak odpowiednie postacie kiły nabytéj. Co do leczenia, poleca A., podobnie jak w kile trzeciorzędnéj przetwory jodowe, a mianowicie wskazane są w cięższych przypadkach wielkie ich dawki w połączeniu z rtęcią. (*Viertelj f. Derm. u. Syph.*, rocznik 20).

E. de Renzi: **O kile układu nerwowego.**

Umiejscowienie się kiły w środkowym układzie nerwowym można prawie zawsze wprowadzić w związek z pewnemi okolicznościami usposabiającemi i przyczynowemi, które nie stoją w żadnéj bezpośredniéj styczności z zakażeniem kiłowem. Tu należy przedewszystkiem usposobienie neuropatyczne, daléj nawały krwi do mózgu z powodu wytężonéj pracy umysłowéj, urazy głowy, alkoholizm i t. d. Co się tyczy leczenia kiły mózgu, poleca R. w pierwszym rzędzie rtęć w postaci wcierań albo wstrzykiwań, daléj kąpiele parowe w celu osiągnięcia obfitéj dyjurezy, jodek potasu, a jako leczenie następowe cieplice i kąpiele mineralne. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX).

Aikman: **Przyczynek kazuistyczny do nauki o kile układu nerwowego.**

U 40-to-letniego chorego, którego zakażenie kiłowe w wywiadach wykazano, rozpoczęła się choroba od bólów głowy, po których wnet wystąpiły objawy pomięszania umysłu, porażenia grup mięśniowych po stronie lewéj, obustronny brak objawu kolanowego i zupełna niemożebność zatrzymania moczu i kału. A. przypuszcza zajęcie tętnic mózgowych; po jodku potasu (6·5 grama dziennie) szybkie wyleczenie. Że w drugim przypadku nawet najenergiczniejsze leczenie przeciwkiłowe nic nie pomogło, samo się przez się rozumie, gdyż według opisu samego A. przedstawiał się przypadek jako uwiąd rdzenia pacierzowego, którego przecież nie można wprost nazwać kiłą nerwów, chociażby i chory kiłę przebywał. Przypadek trzeci: lekarz wojskowy w służbie indyjskiéj okazywał wysokiego stopnia wychudnienie i głównie zanik kończyn po stronie lewéj. Chory przyznał, że zaraził się za pośrednictwem palca. Po jodku potasu znaczne polepszenie (*Viertelj. f. Dermat. u. Syph.*, rocz. XX).

Toksykologija.

F. Strassmann: **O śmiertelnêm działaniu następowêm chloroformu.**

Opierając się na swych doświadczeniach, dochodzi S do następujących wyników: 1) Po dłuższem chloroformowaniu można wykazać u psa przemianę tłuszczową wewnętrznych narządów a przedewszystkiem wątroby, w drugim rzędzie serca a rzadko innych narządów. 2) Powiększenie się wydzielania N u zwierzęcia głodzonego pod wpływem chloroformu dowodzi, że tu mamy do czynienia z powiększonym rozpadem istoty azot zawierającéj, z zwyrodnieniem tłuszczowêm a nie z naciekiem tłuszczowym. 3) Niekiedy prowadzi dłuższe chloroformowanie u psa w kilka (najwyżéj w 30) godzin po skończeniu usypiania i po pozornie zupełnêm wyzdrowieniu jeszcze do śmierci zwierzęcia. 4) Że w przypadkach prowadzących do śmierci napotykano zmiany w sercu zawsze wysokiego stopnia, pozwala przypuszczać, że w nich należy szukać przyczyny śmiertelnego zejścia. 5) W przypadkach nie kończących się śmiercią ustępują znowu zwyrodnienia narządów w przeciągu kilku tygodni. 6) Słabsze wpływy: głód, utrata krwi i t. d. sprzyjają występowaniu zmian: u silnych i młodych zwierząt wytwarzają się one mniéj łatwo. 7) Poprzednie zastosowanie morfiny zmniejsza z ilością chloroformu do uśpienia potrzebną równocześnie objawy następowe tegoż. Po eterze nie spostrzegamy zmian tych w wybitny sposób, z czystym jednak eterem nie można osiągnąć równie zupełnego uśpienia. 8) Inne rodzaje zwierząt: koty, króliki, zachowują się odmiennie od psów, które przy przenoszeniu spostrzeżeń na tych ostatnich poczynionych na człowieka wzywają do ostrożności. (*Virchowa Archiw*, tom 115. zeszyt 1).

Do **leczenia otrucia kokainą** poleca Lépine (*Sem. med.*) wdychiwania **azotynu amylowego** (przeciw skurczowi naczynioruchowemu, który sprowadza objawy zatrucia), przeciw gwałtownym drgawkom chloroform lub chloral, niekiedy i makowiec pomaga. W twarz nie należy więcéj niż 2 ctgr. na raz wstrzyknąć, a na błonach śluzowych nie stosować więcéj niż 4—5 centigr. Ludzi nerwowych lub niedokrewnych, szczególnie skłonnych do tych przypadów. należy przed wstrzyknięciem poziomo ułożyć, a u chorych prawdopodobnie do zatrucia skłonnych można zapobiegawczo użyć wdychiwania trzech kropli azotynu amylowego.

Notatki lecznicze.

W migrenie mają podskórne wstrzykiwania **kokainy** od 0.3 do 0.05! sprowadzać dobry skutek a gdyby temu sposobowi leczenia towarzyszyła bezsenność i niepokój, wystarczyło do usunięcia tych nieprzyjemnych powikłań dodanie 0.01 morfiny. W przypadkach **dychawicy oskrzelowej**, połączonych z dusznością wysokiego stopnia, osiągnięto wstrzykiwaniami kokainy 0.015 do 0.02 z 0.005 do 0.01 morfiny prawie natychmiastową ulgę. (*Lond. Record*).

W sprawie leczenia marskości wątroby. Jeżeli z powodu marskości wątroby wystąpiła puchlina brzuszna i równocześnie nie ma, — wyjąwszy chorobę serca — żadnéj innéj ciężkiéj choroby narządów, można osiągnąć według Schwassa (*Berl. kl. Woch.*) przez podawanie naparstnicy z kalomelem dobry wynik i to nawet w przypadkach, w których każdy z nich osobno podany zawodzi. W ogóle znoszą chorzy kalomel lepiéj z naparstnicą, niż sam. Podaje się kalomelu 0.1 a naparstnicy 0.05, co 3 godziny, przez tydzień.

Maść do leczenia szczelin rzyci. Ma ona na celu tylko podparcie leczenia środkami żrącemi. Po dokładnêm przyżeganiu chorych części azotanem srebrowym przykłada się codziennie

kilka razy maść przeciwgnilną: *Acid. borici 3.0, Cocaini. hydrochl. 1.0, Lanol. 30.0 Mfungt.* (*Revue gén. de clin. et de thérap.*).

Dr. Baschkopf.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie VI z dnia 15-go grudnia 1889 r.

Przewodniczący prof. Korczyński i obecnych 8 członków.

1) Wobec uchwały W. Sejmu, polecającéj szczepienie ochronne ospy krowianką prawdziwą kosztem rocznym 10,000 złr., zastanawiano się w obszernéj dyskusyi nad sprawą zakładów krajowych produkujących krowiankę.

2) Wobec zupełnego niedotrzymywania dobrowolnie na siebie przyjętych zobowiązań przez zarząd mleczarń w Grodkowicach, a niedostatecznego wypełniania tych zobowiązań ze strony zarządu mleczarni w Gnojniku, uchwalono im jeszcze raz przypomnieć obowiązek punktualnego nadsełania co miesiąc poświadczeń lekarskich, a względnie weterynarskich o stanie zdrowia obory i osób w mleczarni zatrudnionych.

3) Przyjęto do wiadomości, że właścicielka mleczarni w Krakowie p. Dobrzyńska przygotowuje w zakładzie swoim mleko sterylizowane sposobem Soxletha.

4) Komisyja przeszła do porządku dziennego nad propozycyją p. Fruchtmana przyjęcia kontroli nad jego zakładem produkcyi kefiru, ponieważ zdaje się, że zakład ten nie istnieje, a właściciel po dalsze instrukcyje wcale się nie zgłosił.

5) Uchwalono wysłać zapytanie do pp. aptekarzy Domaina w Ropczycach i Żymirskiego w Lubaczowie, czy zajmują się nadal zbieraniem roślin lekarskich.

7) Uchwalono wstrzymać się jeszcze z wydaniem oceny bulijonu wyrabianego w Łapszynie.

8) W celu porozumienia się w sprawie wyrobu pigułek zwłaszcza kreozotowych p. Mańkowskiego, aptekarza w Przemyślu, uchwalono zaprosić go do osobistego stawienia się w Krakowie.

9) Oceniając dobroć wyrobu kapsułek elastycznych i „Hygea“ p. Zahradnika, aptekarza w Jeziernéj, postanowiono wyrób ten jeszcze raz Towarzystwu lekarskiemu do uznania i poparcia przedłożyć.

10) Ponieważ próby przedsięwzięte wykazały, że papierki synapizmowe p. Loebensteina („Austria“), sporządzone nowym sposobem, nie ustępują w niczem francuskim, uchwalono rezultat ten podnieść w Tow. lek. krak.

11) Przyjęto do wiadomości, że główny skład na Galicyę plastrów pp. Urbanowicza i Trzcińskiego w Warszawie przeniesiono do składu aptecznego p. Wiśniewskiego w Krakowie.

12) Komisyja nie mogła się powstrzymać od wyrażenia zdziwienia swego, że wyroby opatrunkowe p. Dobrowolskiego w Krakowie, mimo dobroci swojéj i bardzo przystępnéj ceny nie znalazły dotychczas po większéj części należytego zastosowania w szpitalach krajowych.

13) W sprawie rozszerzenia zbytu wody sodowéj hygienicznéj z fabryki pp. Chmurskiego i Rzący, odpowiadającéj wszelkim wymogom, wybrano podkomisyję z koll. Buszka, Cybulskiego i Olszewskiego, która ma swoje wnioski przedłożyć na następnem posiedzeniu komisyi.

14) Wobec uchwalenia wniosku posła Koziebrodzkiego podczas ostatniéj sesyi Sejmowéj, polecającego W. Wydziału krajowemu ułożenie projektu do statutu dla zdrojowisk krajowych, postanowiono i ze swéj strony rozpatrzeć się w téj sprawie, tak ważnéj dla naszych zdrojowisk, zbierać odpowiedne materyjały, i w tym celu wybrano osobną podkomisyję, w skład któréj weszli: rektor Korczyński, Ściborowski i Surzycki.

Sekretarz: *Doc. Dr. Gluziński.*

VII. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Gorączka „Dengue“).

Do cech charakteryzujących tegoroczny okres zimnic, panujących w pewnych prowincyjach półwyspu bałkańskiego i na zachodnich wybrzeżach Anatolii, należy powikłanie ich, a lepiéj wzmocnienie ogólnego stanu zdrowotnego, wybuchem i rozwojem tak zwanéj „fièvre Dengue“. Gość to podobnie, jak dwie inne już poznane, wywodzi swe pochodzenie także z Indyj wschodnich i jako stan chorobowy dotąd mało znany na tureckim wschodzie, zasługuje tem samem na szczegółowe poznanie.

Z energiją właściwą każdéj wschodniéj epidemii choroba, któréj omawianie jest przedmiotem obecnego szkicu, wybuchła najprzód na wyspie Cyprze, zkąd przerzuciła się na wybrzeża syryjskie i ustaliła się w Beyrucie. Następnie spotykamy ją na Chijos, w Smyrnie, Salonice i wreszcie w Konstantynopolu, Warnie i Adryjanopolu. W stolicy nadbosforskiéj pierwsze jéj przypadki zauważono w części miasta zwanéj „Kassym pasza“, słusznie uważanéj za ognisko stołeczne chorób zakaźnych, przechowujące prawdziwe hodowle pierwiastków je wywołujących. Postępując z niezwykłą szybkością, w ciągu zaledwie kilku dni, choroba rozszerzyła się po innych cyrkułach, sięgnęła do przedmieść położonych nad Bosforem, przedostawszy się wreszcie i na wyspy książęce.

Przed zapoznaniem się ze szczegółami nozo- i epidemijologicznemi tego stanu chorobowego, mało znanego lekarzom praktykującym w Europie, pozwolę sobie określić go i przedstawić cechujące przypady, opierając się na zdaniu lekarzy angielskich i amerykańskich, którzy mieli sposobność badania choroby na miejscu, a nieco także i na własnych doświadczeniach.

Otóż pod nazwą gorączki Dengue, lub poprostu „Dengue“ (Thre Day Fever, Dandy fever, Break bone Fever, Wing-broken-fever, Scarlatina rheumatica, Abu Rekabe u Arabów w Syryi), lekarze indyjscy w początkach bieżącego stulecia opisali stan chorobowy, cechujący się bardzo szybkiem przyswojeniem się, gorączką, bolami w stawach i wysypką, w ogólnéj liczbie przypadków ukazującą się trzeciego dnia choroby. Jest to gorączka zakaźna, szybko się rozpoczynająca od bólów głowy i oczu, obrzmiewania i bólów mięśni, przypadów nieżytu gardła i wysokiego stopnia osłabienia, zmuszającego chorego do zaniechania wszelkich zatrudnień, które go nadzwyczaj nużą, utradniając wykonanie najmniejszego ruchu. Ze stanem tym wikła się albo ogólna niemoc w całym systemie mięśniowym, lub też chory doświadcza tylko nieznośnych bólów, zajmujących naraz lub oddzielnie trzy główne okolice: głowę, lędźwie i kolana. Bóle tych ostatnich są tak charakterystyczne, że Arabowie w Syryi nazwali chorobę „Abu Rekaba“ (ojczymem kolan). Wszędzie wreszcie, gdzie spostrzegano ten stan chorobowy, uważano go za patologiczną nowość i zaraz chrzczono nową nazwą. Podług więc dominujących przypadów i pewnego podobieństwa do innych znanych cierpień, nazwano go „Embarras gastrique febril;“ „Fièvre articulaire exanthematique,“ „Polka-fever“ w Brazylii, „brise oss,“ a nawet „Żyrafą“! Ostatnia ta nazwa została nadaną, gdy zauważono u niektórych chorych stężenie i niezwykłe wyciąganie szyi. Zkąd jednak pochodzi właściwa nazwa „dengue,“ tego etymologicznie określić nie podobna. Prawdopodobnie jest to nazwa dana przez mieszkańców Polynezyi chorobie, która tam panuje nagminnie.

Pod względem historyi choroby i geograficznego jéj szerzenia się następujące posiadamy daty. Pod zacytowaną już nazwą lub inną, stosownie do miejscowości, pierwszy jéj wybuch i epidemiczny rozwój nastąpił w roku 1824 w Rangoon w Birmanii, zkąd choroba przerzuciła się do Indyj, Persyi, Ameryki i Egiptu. W kilka lat późniéj około 1832 roku lekarze hiszpańscy w Antylach zauważyli ją na wyspie św. Tomasza, gdzie uległa jéj prawie połowa miszkańców. W ciągu tegoż samego okresu czasu lekarze francuscy opisali epidemiję „dengue“ w Senegalu i Gabou. Na niezliczonéj zaś ilości wysp Oceanu Spokojnego choroba ta panuje corocznie. W Egipcie Pruner-bey rozpoznał chorobę tę już w r. 1845. Od téj chwili przebyto tam kilka jéj wybuchów, z których najgwałtowniejszy nastąpił przed paroma laty. Co do Europy, to nie była ona odwidzaną przez tego egzotycznego gościa, gdy nagle w roku 1864 choroba wybuchła w Kadix, gdzie w ciągu kilku dni 14.000 osób zostało dotkniętych. W tem

to mieście ustępowanie „dengue“ zostało zaznaczonem wybuchem cholery indyjskiéj. W bliższych nam okresach czasu choroba w roku 1872—73 panowała w całym prawie Indostanie. A w r. 1885 dotkliwe jéj szerzenie się miało miejsce na wyspie nowéj Kaledonii, głównie zaś w mieście Numea‘ gdzie cała prawie ludność uległa chorobie.

Z tego rzutu oka na rozwój i przebieg kilku epidemij „dengue“ wypada, że choroba ta występuje przeważnie w strefie gorącéj, po za którą nie przedostaje się jak tylko w rzadkich przerwach do stref umiarkowanych. Na półkuli północnéj aż do wybuchu epidemij w Kadix choroba sięgnęła do 33° sz. p. Na południowéj rozciągnęła się do Rio de-Janejro leżącego pod 22° sz. pł. Wreszcie linie stopniowe, jakie epidemijolodzy wznieśli przeciwko chorobom strefy gorącéj, zawsze przez nie zostały przeskoczone, bez najmniejszego względr na ten uczony rodzaj ich umiejscowiania. Najświeższy tego dowód mamy teraz w epidemij „dengue“ szerzącej się w Smirnie, Stambule, Pireus i Adryjanopolu. Zdaje się jednak, że będzie to najwyższy geograficzny stopień szerokości północnéj, pod który mogła się przedostać.

Pierwsi lekarze obserwujący „dengue,“ umieścili ją w rzędzie chorób wysypkowych. Dzisiaj, stosownie do panujących idei należy ją policzyć do rzędu cierpień zakaźnych, zawdzięczających swe powstanie bakteryjom czy lasecznikom. Już nawet jeden z lekarzy brazylijskich, w którego ojczyznie „dengue“ bywa często braną za „Beriberi,“ miał już przyjemność odkryć we krwi dotkniętych przez pierwszą właściwe zakaźne żyjątko, jakiś chorobotworczy drobnoustrój. Spodziewam się też, że i nasi bakteryjolodzy, mając obecnie tak obszerne i tak ciekawe pole badań, przyczynią się także do określenia natury tego cierpienia. Przedtem jednak pozwolę sobie przedstawić sam obraz chorobowy, i przypady, jakie cechują gorączkę „dengue.“

Przyswojenie się zarazka jest zwykle gwałtowne. Rzadko tylko istnieje okres poprzedzającego osłabienia, trwający nie dłużéj nad parę dni. W największéj liczbie przypadków choroba rozpoczyna się od lekkiego dreszczu, bólu gardła, zaczerwienienia błony śluzowéj powiek, bólów w kończynach, czerwoności powłok skórnych, i tętna wahającego się między 100 — 120 — 130, przy ciepłocie dochodzącéj do 39° — 40.4°. Gorączka w okresie wybuchowym, trwającym zwykle dzień jeden lub najdłużéj godzin czterdzieści, wkrótce zaczyna się zmniejszać i ukazująca się wysypka zakończa całą sprawę. Wszystkie te pojawy łagodniejąc stopniowo pozostawiają chorego w stanie znużenia, dręczonego bólami i obrzmieniem małych stawów, niekiedy trwającemi kilka tygodni. Choroba więc przedstawia się w formie łagodnéj i złośliwéj. Ta ostatnia, powszechnie nazywana „black-fever“, jest nadzwyczaj rzadką tak, że tylko jéj formę łagodną zwykle obserwują. Trwanie cierpienia w ogólnej liczbie przypadków nie przedłuża się po za ósmy dzień. Zauważono jednak przykłady i kilkotygodniowego trwania choroby.

Rozpoznanie jest zawsze łatwem. Niespodzianie tylko zaskoczeni przez ukazanie się pośród nas tego nowego gościa czas jakiś wahaliśmy się pod względem określenia cierpienia, które w początkach można uważać za płonicę. Lecz drogą wykluczenia łatwo daje się zaznaczyć różnica między temi dwiema chorobami. W „dengue“ gorączka jest niestałą; ciepłota choć dochodzi nieraz do wysokiego stopnia‘ to jednak spada bardzo szybko. Bóle stawowe i mięśniowe tak cechujące „dengue,“ nie istnieją w płonicy. Tętno jest daleko szybsze w pierwszym okresie płonicy, aniżeli w „dengue.“ Wysypka jéj właściwa ukazuje się daleko wcześniéj. Choroba dotyka zarówno każdego wieku i każdéj płci. Wreszcie właściwy jéj przebieg, przy braku białka w moczu, wyróżnia ją od innych chorób wysypkowych.

Zwykle trzeciego dnia choroby ukazuje się wysypka, bardzo charakterystyczna dla „dengue.“ Występuje ona bowiem już to jako zwykłe zaczerwienienie skóry, lub też jako wyrzut plamisty i pęcherzykowy z nadzwyczajnie szybkim przebiegiem. Po 24 godzinach wysypka znika. Siedliskiem jéj są zwykle twarz, szyja, dłonie, grzbiet, powłoki brzuszne i niekiedy górna powierzchnia nóg. Zauważano także, że w pewnych epidemijach, wysypka wcale nie występowała. (Dok. nast.)

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Heyfelder. Influenza w Petersburgu w r. 1889.

Nie podlega wątpliwości, iż pomiędzy zarazą, która w lecie grasowała w Bucharze, w jesieni w Konstantynopolu i w Grecyi całéj, a obecnie w Petersburgu i Moskwie panuje, istnieje stanowcze podobieństwo i ścisły związek. Autor zgadza się, by choroba ta nazwę influenzy nosiła, zalicza jednakowoż obecnie panującą raczéj do jéj formy nerwowéj.

Zaraza w Bucharze rozpoczęła się w maju 1889 r. szczególnie pomiędzy Europejczykami tamże zamieszkałymi. Autor obserwował kilkanaście przypadków, pomiędzy tymi jednę suchotnicę. Objawy były przeważnie nerwowe. U wszystkich nagle wśród zupełnego zdrowia występowały dreszcze, bóle mięsniowe, ogólne raptowne osłabienie i silna do 41° C dochodząca i bez intermisyi lub remisyi ciągnąca się gorączka. Wśród cierpienia, które od 3 do 7 dni trwało, pojawiały się nudności, wymioty, przeczulica ogólna, neuralgia czołowa i międzyżebrowa, bezsenność, uczucie lęku a często i bredzenie. Wśród rozpływnych, często cuchnących potów, ciepłota nagle opadała nawet poniżéj normalnéj, a znaczne osłabienie, schudnięcie i brak apetytu, towarzyszyły rekonwalescencyi. U suchotnika wszystkie objawy płucne znacznie się spotęgowały. Po Europejczykach przyszła koléj i na tamtejszych mieszkańców tak, iż w miesiącu Lipcu 50% ludności zachorowało. Zdarzały się przypadki, iż chorobę, nim z całą siłą wybuchnęła, także dość długi okres zwiastunowy poprzedzał, a Dr. H. sam tę odmianę przechodził. Choroba nawiedzała tak samo mężczyzn jak i kobiety, młodych i starych a nawet oseskom nie przepuszczała. Kupcy europejscy i tamtejsza ludność zwalczała gorączkę często chłodnikami, lodem, a nawet z swéj dobroci znanemi melonami bucharskiemi, w skutek czego przyłączyły się także objawy gastryczne, i ztąd to powstała wieść, iż influenza poprzedza cholerę. Dr. H. zwalczał zarazę antipyryną i chininą, a leki te skracając znacznie czas trwania choroby, prawdziwymi dobroczyńcami się okazały. Zachorowawszy sam, Dr. H. był zmuszony opuścić Bucharę i wrócić do Petersburga.

W Petersburgu pierwszy przypadek wystąpił w miesiącu wrześniu. Objawy były początkowo te same co podczas epidemii bucharskiéj. Dopiero w listopadzie do znanych już przystąpiły objawy zadrażnienia narządów oddechowych, jak nieżyt nosa, zapalenie oskrzeli a nawet płuc i opłucnéj Tak w Petersburgu jak i w Moskwie w miesiącu tym połowa ludności chorowała, wskutek czego cały ruch wielkomiejski ustał. Żołnierze nie pełnili służby, szkoły dla braku uczniów i nauczycieli pozamykano, urzędy zaprzestały swych czynności biórowych, teatry pozamykano. Zaraza grasowała nietylko po miastach, ale i po wsiach. Ciepłota, klimat, i ilość znajdującéj się w powietrzu wilgoci zdają się nie mieć wpływu na powstanie lub przebieg choroby, rozpościerała się ona bowiem w Azyi tak samo w lecie podczas największych skwarów, jak w Europie podczas zimna i słoty.

Wyniki, jakie Dr. H. z badanéj epidemii wyprowadza, są następujące: 1) Mieszkańcy mieszkań suterynowych lub parterowych częściéj, aniżeli lokatorowie wyższych pięter na nią zapadają. 2) W koszarach, szkołach i internatach występuje szybciéj i gwałtowniéj. 3) Osoby osłabione lub słabowite prędzéj jéj podpadają aniżeli zdrowi.

Czy można jéj zapobiedz? Zdaje się, że kwarantanna nie na wiele by się przydała. Uniknąć by jéj mogła prędzéj pojedyńcza osoba, opuszczając miejscowości zakażone. Najlepszą ochroną jest spokojne zachowywanie się podczas istnienia epidemii. Ponieważ słabsze organizmy łatwiéj jéj ulegają, więc nietrzeba nic czynić, coby wogóle osłabiać nas mogło, ale przeciwnie regularnem i spokojnem życiem, dobrem odżywianiem się i unikaniem wybryków należy ciało wzmacniać. Swoistemi lekami okazały się i tu chinina i antipyrina. Pouczenie publiczności, iż influenza ani poprzedza ani się łączy z cholerą, jest obowiązkiem lekarzy, w jaki bowiem sposób ta bajka powstała, już powyżéj wyjaśniono. (*W. kl. Wochschrft, 1889 Nr. 51*). *Dr. Mendelsburg.*

L. 84.404.

Okólnik

c. k. Namiestnictwa pp. c. k. Starostów.

Aby akuszerki nie pozbyły się wprawy w prowadzeniu przepisanych wykazów porodowych (§ 10 dodatku do instrukcyi z 4/6 1881), tudzież, aby materyjał na podstawie tych wykazów uzyskany dał się należycie zużytkować, włożyło wys. Ministerstwo spraw wewn. rozporządzeniem swem z dnia 26 listopada 1889 L. 20.008 obowiązek na c. k. lekarzy powiatowych, aby jużto podczas podróży peryjodycznych, już też przy jakiejkolwiek innéj sposobności troskliwie czuwali nad dokładnem prowadzeniem przez akuszerki wykazów porodowych, akuszerki w tym kierunku osobiście pouczali i nim przedłożą Namiestnictwu w terminach półrocznych wykazy porodowe, o których mowa, takowe jak najdokładniéj zbadali, postępując z całą surowością z niedbałemi akuszerkami.

Zechce zatem Pan c. k. Starosta zarządzić co potrzeba do ścisłego przestrzegania powyższego rozporządzenia.

Lwów, d. grudnia 1889. *Badeni*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 9-go stycznia. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego po odczytaniu protokółu poświęcił przewodniczący kilka słów serdecznego wspomnienia zmarłemu kol. Doc. Drowi Smoleńskiemu, oraz wcześnie zgasłemu młodemu sekundaryjuszowi Drowi Tylce. Poczem nastąpiły sprawozdania urzędników za rok ubiegły. Uchwalono też założenie archiwu Towarz. Lek. W końcu kol. Paszkowski dziękował jeszcze raz zgromadzonym za uznanie i jednomyślność. z jaką go obrali przewodniczącym, a składając swą godność życzy następcy, aby za jego przewodnictwa Towarzystwo jeszcze lepiéj kwitło i rozwijało się.

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

Wobec ostatniego listu prof. Adamkiewicza, umieszczonego w Nrze 1 „Przeglądu Lekar." z r. b., zmuszony jestem prosić szanownéj redakcyi o łaskawe zamieszczenie następującego wyjaśnienia. W liście tym prof. Adamkiewicz oświadcza, że dlatego tylko nie uważa za stósowne pokazywać swoje preparaty w Tow. lek. krakow., że już raz je demonstrował w roku 1885. Tymczasem w przebiegu naszéj dyskusyi dla każdego jest rzeczą oczywistą, że obecnie bynajmniéj nie rozchodzi się o te same preparaty, które były demonstrowane w owym czasie, lecz że przeciwnie wobec zarzutów, które pracę prof. Adamkiewicza spotkały, idzie o jeden tylko preparat, z któregoby można było się przekonać, że w nerwie izolowanym pomiędzy dwoma przewężeniami Ranviera prócz ciałka Schwanna istnieją jeszcze inne ciałka, ciałka nerwowe prof. Adamkiewicza; takiego preparatu prof. Adamkiewicz ani na rycinach do prac swoich dołączonych nie podał, ani też, śmiało twierdzić mogę, nikomu nie demonstrował. Jeżeli prof. Adamkiewicz choćby jeden tylko taki preparat publicznie wobec fachowych kolegów w Tow. lek. krakow. lub w Akademii Umiejętności pokaże, to otwarcie się przyznam do błędu z mojéj strony i oddam słuszność odkryciu prof. Adamkiewicza składając w ten sposób dowód, że wyłącznie w interesie prawdy naukowéj przeciwko temu odkryciu wystąpiłem. Sądzę, że również prof. Adamkiewicz, jeżeli takiego preparatu przedstawić nie jest w stanie, odda słuszność moim wywodom i w ten sposób, odpowiadający godności nauki, sprawę zakończymy. *N. Cybulski.*

* Jako rzadki dowód uznania zasług lekarza zapisać należy fakt, że Duma miejska (Rada) w Petersburgu uchwaliła wychować własnym kosztem czterech synów pozostałych po prof. Dobrosławinie, uwzględniając zasługi położone przez nieboszczyka koło stolicy.

* Otrzymaliśmy 10-ty tom dzieła p. t.: *Index Catalogue of the Library of the Surgeon General's office U. S. Army*, Washington 1889. Tom niniejszy obejmuje wyrazy od litery O aż do nazwiska Pfutsch. Na 1059 stronic in 4-to zawiera tom ten przeszło 7000 nazwisk autorów, blisko 3000 dzieł, 7000 broszur, 14000 tytułów dzieł i 29000 tytułów prac ogłoszonych w czasopismach.

* Na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach złożyli koll. Dr. Ulanowski z Lublina 2 ruble, prof. Obaliński 2 złr.

* P. Henryk Mattoni, właściciel Giesshüblu, tak w tym roku jak i w poprzednich zaopatrzył lekarzy bezpłatnie w gustownie przyrządzony kalendarz kartkowy. Za jego przykładem poszedł w roku bieżącym i zakład krajowy w Lubieniu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Starszy fizyk miasta Dr. Gebhardt zrzekł się profesury nadzw. Na opróżnioną katedrę histologii patolog. Wydział proponował docenta Pertika i Dra Preissa. — **Gryfija.** W miejscu prof. Rinnego, który przyjął posadę chirurga w szpitalu Elżbiety w Berlinie, powołany został docent Hoffa z Würzburgu. — **Królewiec.** Prof. Hippel z Giessen powołany został na katedrę okulistyki opróżnioną po Jacobsonie. — **Halą.** Dr. Eisler habilitował się jako docent anatomii opisowéj i porównawczéj. — **Petersburg.** Drowie Orłów i Kalantavian habilitowali się z chirurgii w Akademii lek. — **Charków.** Docent prywatny Dr. Ponomarew mianowany został nadzw. prof. pedyjatryi.

* Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Stanisław Czapliński rodem z Rzeszowa, Wincenty Łepkowski i Aleksander Rosner z Krakowa.

* **Nekrologija.** Zmarły w Petersburgu prof. Aleksy Dobrosławin wykładał hygijenę w medyko-chir. Akademii, i przedmiot ten znakomicie podniósł już to wykładami swemi, już to licznemi dziełami (z których wspomnę: „Kurs wojskowéj hygieny." „Hygiena, kurs społecznéj ochrony zdrowia)," już też to publicznemi odczytami, działalnością służbową (epidemija w Wetlance, desinfekcya pobojowisk w Turcyi europejskiéj i azyjatyckiéj), wreszcie jako redaktor ross. czasop. „Zdrowie". Był to jeden z najdzielniejszych profesorów Akademii, który przeniósł hygienę na drogę eksperymentalno-chemicznych doświadczeń i utworzył już własną szkołę, wykształciwszy licznych uczniów. Przedwcześnie padł on ofiarą w walce z bakteryjami, którym wypowiedział był zaciętą wojnę; dla nauki i młodzieży będzie to niepowetowana strata. Żył lat 47, a literackich prac pozostawił około 60-iu! *Dr. J. T.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Zdrowiu* Nr. 5: Ciemniewskiego: Epidemija ospy w Warszawie; Pruszyńskiego: Sprawozd. z rozpraw hig. w Paryżu; Bujwida. Rys zasad bakteryjologii. — W *Kronice Lek.* Nr. 12: Hewelkego: Przyp. pseudoleukemii z gorączką okresową. — W *Wiadom. Lek.* zeszyt 17: Kossaka; *Retentio urinae* z powodu *Urethr. membr*; Germaina Sée: Terap. chorób serca. — W *Gazecie Lek.* Nr. 1: Herynga: O wynikach chir. leczenia suchot krtani; Solmana: Przyczynek do kazuist. torbieli kreskowych; Pawińskiego: Niedomyk. zastawek półksiężycowych; w *Medycynie* Nr. 1: Szyszły: Influenza w Warszawie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Karl SZADEK: Index Bibliograph. Syphilidologiae. III Jahrg. Hamburg et Leipzig, L. Voss, 1889, in 8-vo str. 67. — Dr. Carlos SZADEK: Tratamiento de las ulceras venereas con el ac. salicilico (odbitka z *Revista esp. de oftalm.. dermatol. nc.*) in 8-vo str. 6. — Tenże: Stósowanie potasu sozojodolowego przy lecz. wrzodów (odbitka z *Gaz. Lek.*) in 8-vo str. 4. — M. HEILPERN: Zarys mikrochemii mineralnéj i organicznéj. Warszawa 1890 in 8-vo str. 108 i XX. — Dr. JASSINOWSKY: Die Arteriennaht, Dorpat 1889, in 8-vo str. 102. — 20-th Annual Report of the N. York Ophthalmic and Aural Institute, N. York 1889, in 8-vo str. 27. — Prof. KRATTER: Mittheilungen a. d. forens-Institute zu Insbruck (Odbitka z *Friedreichs Bl.* f. g. M.) Würzburg 1889, in 8-vo str. 27. — Odczyty kliniczne wyd. p. redakcyję *Gazety Lek.* Nr. 12: UNVERRICHTA: Metody terap. w med. wewn. — Dr. NOISZEWSKI: Topotermestesiometr (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-vo str. 2. — Tenże: Elektroftalm (Odb. z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-vo str. 5.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. w B. Na list szan. kolegi odpowiemy dopiero po posiedzeniu komisyi redakcyjnéj odbyć się mającem pod koniec miesiąca.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

OGŁOSZENIE KONKURSU.

W celu obsadzenia opróżnionéj posady c. k. lekarza powiatowego, ewentualnie posady c. k. asystenta sanitarnego rozpisuje się niniejszem konkurs do dnia 20 Stycznia 1890 roku.

Kandydaci mają podania swoje zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne wymagane ustawą z 21 Marca 1873 Nr. 37. D. u. p. niemniej w dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa, mianowicie kompetenci pozostający w służbie państwowéj w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące c. k. Sta[r]ostwo, a we Lwowie i w Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 31 Grudnia 1889. 16—1—1

KOMISYJA PRZEMYSŁOWA TOW. LEK. KRAK.

na podstawie uchwał tegoż Towarzystwa

poleca następujące wyroby i przetwory:

1. **Bulijon** p. A. Solkowskiego w Krysowicach poczta Mościska.
2. **Chleb Grahama** p. G. Barucha w Podgórzu.
3. **Jarzyny suszone** pp. Seelinga w Izdebniku.
4. **Jarzyny i owoce suszone** p. Różańskiego i Sp. w Bochni.
5. **Kakao proszkowane i czekoladę** wyrobu P. Henryka Tretera we Lwowie.
6. **Kapsułki elastyczne** (z olejkiem rycynowym, tranem, balsamem kopaiwianym, tranem żelazistym i t. p.) wyrobu p. Kotowicza w Krakowie i **Kapsułki** (z olejkiem rycynowym i z tranem itp.) wyrobu p. M. Zahradnika, aptekarza w Jezierny.
7. **Kefir** p. apt. Sobierajskiego w Krakowie i p. St. Wolańskiego we Lwowie.
8. **Kołaczyki** (Tabletki) z uretanu, pr. korz. rzewniowego, pr. listków senesowych, z sublimatu do opatrunków chirurgicznych itp. wyrobu apt. p. K. Wiszniewskiego w Krakowie.
9. **Krowiankę** pp. Freysingera w Lisku i Kubickiego we Lwowie.
10. **Mleko** z obory pp. St. Homolacsa w Gnojniku, St. Niedzielskiego w Śledziejowicach i St. Żeleńskiego w Grodkowicach.
11. **Olejek z sosny karłowatéj polskiéj** *(Oleum pini pumilionis polonicum)* p. apt. Nitribitta w Krynicy.
12. **Papierki synapismowe** na podobieństwo papierków Rigollota wyrobu p. Lebensteina na Zwierzyńcu pod Krakowem.
13. **Pastylki z nitrogliceryną** p. Mutniańskiego apt. w Warszawie i pp. Kowalskiego i Bełdowskiego apt. w Krakowie.
14. **Pigułki** p. A. Mańkowskiego apt. w Przemyślu (z arsenianem sodowym, chlorkiem morfinu, z siarkanem atropinu, z wyciągiem makowca, kreozotowe bezwonne, z kw arsenawym i kreozotem i perełki chloralowe).
15. **Piwo słodowe** wyrobu p. K. Wiszniewskiego apt. w Krakowie.
16. **Placuszki** (t. z. Albertki) z mąki razowéj p. Czyńskiego w Jarosławiu.
17. **Plastry smarowane** (empl. adhaesivum ext., hydrargyri ext. diachyli comp. ext., cantharidum ext., thapsiae, de Vigo cum et sine mercurio, empl. Schiffenhauseni, papier Wlinsi, kataplasmy Hamiltona) pp. Trzcińskiego i Urbanowicza w Warszawie.
18. **Przetwory farmaceutyczne** (empl. diachyli s., extr. mal. ferri, resina jalapae i t. p.) p. Zieniewicza apt. w Brzostku.
19. **Przybory opatrunkowe chirurgiczne** p. Dobrowolskiego w Krakowie.
20. **Stożki mentolowe** p. apt. Sobierajskiego w Krakowie.
21. **Sztuczne wody mineralne** (Bilińska, jodowa, litowa, Selterska, Vichy, żelazista) pp. Rzący i Chmurskiego w Krakowie.
22. **Tamar indien** wyrobu apt. p. Sobierajskiego w Krakowie
23. **Wina lecznicze** wyrobu p. Kalickiego apt. w Przemyślu.
24. **Wyciąg słodowy** p. J. Götza w Okocimie i p. Trąbczyńskiego w Winiarach pod Kaliszem.
25. **Wodę sodową zwykłą, higijeniczną i wodę sodową kwaśną** jak niemniéj **wodę bromową** pp. Rzący i Chmurskiego w Krakowie.
26. **Wyciąg igliwiowy** p. Nitribitta apt. w Krynicy.
27. **Zioła lekarskie** zbioru i produkcyi p. Zieniewicza w Brzostku, p. Szybalskiego w Morawicy pod Krakowem i p. Żymirskiego w Lubaczowie. 6—5—4 *Prof. Dr. Korczyński.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.